SONDERHEFT: ORGANNEUROSEN

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEBER: DR. WILHELM STEKEL
SCHRIFTLEITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN

BAND 1 MÄRZ 1934 HEFT 1

INHALTSVERZEICHNIS

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS
WIEN LEIPZIG BERN

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

Herausgeber: **Dr. Wilhelm Stekel** / Schriftleitung: **Dr. Ernst Bien,** Wien

Vierteljährlich (März, Juni, September, Dezember) erscheint 1 Heft. 4 Hefte umfassen einen Band von 16 Bogen (256 Seiten). Preis RM 12.— im Jahresabonnement. Einzelhefte werden mit RM 4.— berechnet. Mitglieder psychotherapeutischer Vereinigungen erhalten bei direkter Bestellung vom Verlag einen Vorzugspreis von RM 10.—. Die Zeitschrift wird den Beziehern bis zur Abbestellung geliefert; diese muß spätestens 14 Tage vor Beginn eines neuen Jahrganges beim Verlag eingehen

Manuskripte und sonstige redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung: **Dr. Ernst Bien,** Wien, IX., Spitalgasse 13, zu senden

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Dr. Wilhelm Stekel, Wien, VIII, Langegasse 65 / **Univ.-Prof. Dr. Max Löwy,** Marienbad, „Weißer Schwan“, Hauptstraße / **Univ.-Prof. Dr. Arthur Kronfeld,** Berlin W 35, Friedrich-Wilhelmstraße 3 / **Priv.-Doz. Dr. Oswald Schwarz,** Wien, VIII, Alserstraße 37 / **San.-Rat. Dr. O. Bunnemann,** Ballenstedt a/H. / **Dr. Eugen J. Hárnik,** Budapest IV, Veress Pálnéutca 33/III / **Dr. Anton Mißriegler,** St. Andrä-Wördern bei Wien / **Dr. Emil Gutheil,** Wien, I, Werdertorgasse 4 / **Dr. Otto Kratter,** Bergen, Norwegen / **Dr. Fritz Wengraf,** Wien, VII, Mariahilferstraße 88a / **Dr. Edmund Lekisch,** Wien, VI, Mariahilferstraße 115 / **Dr. Max Levy-Suhl,** Amersfoort, Heinsiuslaan 17, Holland, / **Dr. Paul Bjerre,** Stockholm, Varstavi Tumba, Schweden

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS, WIEN—LEIPZIG—BERN

WIEN, IX., SPITALGASSE 13

WEG UND ZIEL

Die rasche Entwicklung der ärztlichen Psychotherapie hat zur Gründung verschiedener Schulen und Richtungen geführt. Jede einzelne behauptet, im Besitze der alleinseligmachenden Methode zu sein und steht zum Teil den anderen feindlich gegenüber. Trotzdem haben diese divergierenden Strömungen — über die theoretischen Gegensätzlichkeiten hinaus — ein Gemeinsames: Sie münden alle im Bestreben, kranke Menschen zu heilen. Und in der Tat hat gewiß jede Schule manche richtige Erkenntnis, die in bestimmten Fällen den Weg zur Heilung weist.

Eine überparteiliche, die Gegensätze überbrückende und Verständigung anbahnende Zeitschrift entspricht einem dringenden Bedürfnis. Die „Psychotherapeutische Praxis" wendet sich an alle Psychotherapeuten, Psychiater und Neurologen, um ihnen das Gemeinsame und therapeutisch Wirksame aller Schulen zu vermitteln.

Psychotherapie ist aber heute nicht mehr eine Angelegenheit einer Ärztegruppe, sondern der gesamten Ärzteschaft. Ihr und besonders dem praktischen Arzt wollen wir den unschätzbaren Wert der systematischen Psychotherapie für die allgemeine ärztliche Praxis vor Augen führen. Das ist die zweite wichtige Aufgabe dieser Zeitschrift.

Es werden in der „Psychotherapeutischen Praxis" namhafte Vertreter und Praktiker aller psychotherapeutischen Schulen und Richtungen zu Wort kommen. Wir laden alle Ärzte zur Mitarbeit ein, denn wir wollen nicht gegeneinander polemisieren, sondern alle disparaten Kräfte zu produktiver Arbeit sammeln. Dem Leser sollen an Hand praktischer Beispiele die vielfachen psychotherapeutischen Indikationen und Behandlungen vor-

geführt werden. Er mag selbst entscheiden, was er in seiner eigenen Praxis anwenden kann, was er anwenden muß, will er seine hohe ärztliche Mission erfüllen: Den kranken Menschen so rasch als möglich von seinem Leiden befreien.

Aus zahlreichen Aufsätzen aus der Praxis wird der Leser ersehen, wie Psychotherapie methodisch angewendet wird, wie sie zum Erfolg führt, oder erfolglos bleibt, — denn wir wollen auch aus unseren Mißerfolgen lernen, um sie in Zukunft zu vermeiden. Spezialthemen werden in Sonderheften, wie in dem vorliegenden, von Vertretern verschiedener Richtungen behandelt werden. Für strittige Fragen wird ein psychotherapeutischer Briefkasten eröffnet werden. Dem engeren Kontakt zwischen den Lesern werden auch regelmäßig zu veranstaltende Rundfragen dienen. Der Referatenteil wird den Praktiker über alles Wissenswerte der Literatur unterrichten.

Wir wollen hoffen, daß die „Psychotherapeutische Praxis" auf diese Weise ihre wichtigen Aufgaben für die Psychotherapie erfüllen wird. Wir werden uns immer bemühen, den Zusammenhang mit der gesamten Medizin aufrechtzuerhalten, fern von jeder Einseitigkeit, vom ehrlichen Bestreben geleitet, der leidenden Menschheit und der ärztlichen Wissenschaft zu dienen.

Herausgeber und Schriftleiter

ORIGINALIA

Die Autonomie der Organe

Von

Dr. Wilhelm Stekel in Wien

Die wichtige Problemstellung „Seelisch oder Körperlich" bestimmt den therapeutischen Weg, der zur Heilung führen soll. Oft ist diese Entscheidung schwer möglich, da sich die seelische Krankheit der organischen als Überbau beigesellt hat. In solchen Fällen müssen wir versuchen, den Sinn des krankhaften Geschehens zu erfassen.

Jede seelische Erkrankung läßt sich auf eine innere Konfliktkonstellation zurückführen. Der somatische Ausdruck dieser inneren Zerrissenheit wird als „Konversion" oder als „Somatisation" bezeichnet. Die Somatisation bedeutet nicht nur den symbolischen Ausdruck eines seelischen Konfliktes, sondern sie drückt auch einen Protest der einen Teilseele gegen die Tendenzen der anderen Ichkomponenten aus.

Eine verheiratete Frau, die in den Morgenstunden jenes Tages, an dem sie zu einem Stelldichein mit dem Geliebten gehen soll, mit einer Lähmung beider Beine erwacht, vollzieht eine Flucht in die Krankheit. Das „Ich will nicht!" — oder „Ich darf nicht!" wird durch ein „Ich kann nicht!" ersetzt. Sie erwacht gelähmt und ist unglücklich. Sie hat sich schon auf die Liebesstunden gefreut, unerhörte Wonnen vorgeahnt und nun geht alles in Brüche; sie ist krank, ist gelähmt. Wie soll sie den Geliebten verständigen? Sie kann nicht einmal zum Telephon gehen. Man holt einen Arzt, der das Leiden nicht erkennt; die Frau weint, weil sie fürchtet, es habe sie der Schlag getroffen, sie werde ewig ein Krüppel bleiben; der Gatte ist außerordentlich lieb und besorgt, was sie wieder mit Gewissensbissen erfüllt. („Eigentlich ist er doch ein lieber Kerl!")

Was ist hier vorgefallen? In dem seelischen Konflikt „Soll ich?" oder „Soll ich nicht?" hat sich der moralische Teil ihrer Seele des motorischen Apparates bemächtigt und das Gehen verhindert. Die Arme können bewegt werden, alle anderen Muskeln sind intakt, nur die Beinmuskeln versagen den Dienst. Wir können es auch so ausdrücken: Die Beine haben sich in Opposition zu ihrem Ich gestellt. Sie beherrschen jetzt autonom den ganzen Körper der Frau. Daß es gerade die Beine sind, mag aus der Lokalisation des Genitales herrühren, mag dadurch determiniert sein, daß sie auf ihre schönen Beine stolz ist und sich darauf gefreut hat, sie ungehindert zur Schau stellen zu können [1]). Die Beine sind ihre erogene Zone.

Gerade erogene Zonen können die „Autonomie" an sich reißen. Dazu haben sie zwei Möglichkeiten: Krampf oder Lähmung. Wenn die erwähnte Frau an einer spastischen Kontraktur der Adduktoren oder an einem Vaginismus (Spasmus des sphincter vaginae) erkrankte, wäre der gleiche

[1]) Die Exhibition erfolgte dann vor dem Hausarzt.

Zweck erreicht worden: Der Schutz des moralischen Ich gegen die vordrängenden Impulse des Trieb-Ich.

Ich erinnere an den bekannten Fall von Janet. Ein Mädchen, das an der Kontraktur der Adduktoren erkrankt war, berichtete in der Hypnose, daß sie von ihrem Vater geschlechtlich mißbraucht wurde. Sie benimmt sich so, als ob sie den Mißbrauch noch verhindern könnte. Die Adduktoren zwingen sie jetzt zur Tugend, sie mahnen wie ein ewiger Vorwurf und eine empfindliche Strafe an die verbotene sündhafte Lust, aber sie hindern auch gleichzeitig die Hingabe an einen anderen Mann. Die Kranke hat sich abgeschlossen, die Adduktoren beherrschen nicht nur das ganze Krankheitsbild, sie beherrschen die ganze Persönlichkeit; sie kann nicht gehen, sie liegt an das Bett gefesselt und ihre Krankheit hält dem Vater das Sündhafte seines Benehmens vor.

In einem Konflikt zwischen Eltern und Kind kann das Organ für die Eltern Stellung nehmen, während die Gesamtpersönlichkeit zu ihnen in Trotz eingestellt ist. Bei Kindern, die gegen den Willen ihrer Eltern eine Künstlerlaufbahn ergriffen haben, sieht man ausgeprägte Organstörungen (Berufsneurosen) als Ausdruck der Identifizierung des Organes mit den Wünschen der Eltern.

Ein Mädchen geht gegen den Willen der Eltern zur Bühne und bleibt bei gewissen Worten stecken, was sie in die Botmäßigkeit der Eltern zurückbringt; ein Violinspieler, der sich im Geschäfte seines Vaters betätigen sollte, erkrankt an spastischen Störungen der Fingermuskalatur während des Spielens; ein Klavierspieler, der im Sinne seines Vaters Arzt werden sollte, erkrankt an einer Parese der Handmuskeln, was seine Künstlerlaufbahn verhindert.

Ein junger Mann, den sein Vater dringend als Nachfolger seines Geschäftes benötigt, will Sänger werden. Er hat eine herrliche Stimme. Aber bald stellen sich empfindliche Störungen ein. Er kann eine gewisse Höhe nicht erreichen, er bleibt stecken, er gickst, und das Unangenehmste von allen Erscheinungen: Der Adamsapfel geht beim Singen herauf statt hinunter, dabei fühlt er wie die Hoden heraufgehen und der Penis hinunterfällt; er muß das Singen aufgeben und sich reuig seinem Vater unterwerfen, das werden, wovor er bewußt einen Horror hat: Kaufmann. Sein zweites Ich strebte nach dem sicheren Berufe des Vaters und wußte es durchzusetzen, indem es sich seines Kehlkopfes bemächtigte. Die sexuelle Seite dieses Problemes (die Liebe zum Vater) wurde durch die Organerscheinungen an den Genitalien symbolisiert.

Ein fast ganz analoger Fall eines Kaufmannssohnes aus Deutschland zeigte insoferne eine Variation, als die Stimme immer belegt war, wenn der Patient vorsingen sollte. Die Tendenz des Leidens war die gleiche. Er mußte zu seinem Vater zurück und die Träume von einer großen Künstlerlaufbahn aufgeben. Er wollte gegen den Willen seines Vaters Künstler werden, aber sein Larynx gestattete es ihm nicht.

Ein Mädchen, das heimlich Klavierspielen lernte (ihr Vater wollte es ihr nicht gestatten), bildete sich nach seinem Tode zur vollendeten Virtuosin aus. Vor ihrem ersten Konzert bemerkte sie, daß ihre Finger sich verkrampften und nicht folgen wollten. Sie konnte nicht auftreten. In der Analyse erinnerte sie sich, daß der Vater ihr gedroht hatte, sie zu verstoßen, wenn sie einmal auf einem Podium vor das Publikum treten würde. (Seine Frau war Pianistin und hatte ihn verlassen!) Die Finger übernahmen die drohende Rolle des Vaters. Alle ihre Bemühungen, diesen Krampf zu überwinden, waren vergebens. Sie konnte herrlich spielen, aber nicht in der Öffentlichkeit. Viele dieser seelenkranken Künstler wandten sich dem Lehrberufe zu und wußten sich als berühmte Klavierpädagogen durchzusetzen.

Unzählig sind die Symptome unseres vasomotorischen Systems,

wenn der seelische Konflikt einen Teil der Vasomotoren autonom macht. Das Herz kann durch Erregung und Stillstand (Ohnmacht) den Menschen zur Verzweiflung bringen. Extrasystolen drücken eine „Spaltung“ der Seele aus, der Herzblock ist ein autonomes System innerhalb des Herzens und wird von einer „Teilseele“ dirigiert. Erröten und Erblassen, Schwitzen in den Händen und im Gesichte, alle Erscheinungen, die als exsudative Diathese, Vagotonie, Sympathicotonie beschrieben wurden, können neben und trotz der konstitutionellen Grundlage im Dienste einer inneren Tendenz der Teilseele autonom werden und den ganzen Lebensrhythmus ihres Trägers entscheidend beeinflussen.

Unvergeßlich bleibt mir der Fall eines Quinckeödems, das an den Händen und im Gesicht auftrat, wenn ihre Trägerin einen Ehebruch begehen wollte. Die Heilung kam zustande, nachdem sie auf ihre „Extratouren“ in das Gebiet der verbotenen Liebe endgültig verzichtet hatte. In diesem Falle haben sich die Vasomotoren als custodes virtutis bewährt.

Am schärfsten drückt sich die Autonomie der Organe in den Fragen des Geschlechtslebens aus. Impotenz des Mannes und Frigidität der Frau sind seelische Erkrankungen, bei denen zwischen Gehirn und Rückenmark ein erbitterter Kampf tobt. Das Gehirn will und das eigensinnige Organ gehorcht nicht, es geht seine eigenen Wege. Frauen glauben ihren Mann zu lieben, aber ihr Vaginismus spricht ein entscheidendes Nein; sie wollen genießen, aber ihre Schleimhäute sind anästhetisch und die Drüsen gehorchen nicht. Männer bleiben trotz Einnehmens von Aphrodisiacis und Organpräparaten impotent, wenn ein inneres Nein gegen den Geschlechtsverkehr protestiert. Der Penis gehorcht nicht ihnen, sondern einer „Teilseele“. Und häufig genug steht dieses Organ unter der Herrschaft einer inneren Moral, die es mit autonomer Gewalt ausgestattet hat. Man kann ruhig behaupten, daß der innere seelische Konflikt sich fast immer in Form einer Konfliktkonstellation der Organe ausdrückt.

Beim Stotterer ist es der Mund, der seinen inneren Gesetzen folgt. Ein Stotterer, der als uneheliches Kind von seiner Mutter nie den Namen seines Vaters erfuhr, konnte nicht fließend sprechen, weil sein Mund mit unkorrigierbarer Hartnäckigkeit erst den Namen des Vaters aussprechen wollte; sein ganzer Konflikt konzentrierte sich in der Zunge, sein ganzes Leben wurde durch dieses autonome Organ in eine andere Richtung gedrängt.

Wie wunderbar bemächtigt sich die verdrängte Moral (oft die Moral der Eltern und Erzieher, gegen die man in Opposition steht) eines Organes, und bedient sich seiner, um der vom Ich verpönten Moral zum Siege zu verhelfen. Das Organ im Dienste des „Es“ gegen das „Ich“! In dieser Hinsicht können die Verdauungsorgane ganz seltsame Wirkungen erzielen.

Ein Mädchen erkrankt an Magenschmerzen und Erbrechen, die immer nur Sonntagmorgen auftreten, wenn sie mit einem Kollegen einen Ausflug verabredete, einen

Ausflug, der in das Land der physischen Liebe führen sollte. Eine andere wird durch Diarrhöen verhindert, sich hinzugeben, eine dritte produziert ein Knurren im Magen und in den Eingeweiden, das sie in kritischer Lage zum schleunigsten Rückzug veranlaßt. Ein viertes Mädchen leidet an Angst vor dem Flatus, der sich bei jeder sexuellen Erregung einstellt. Charakteristisch für diese Erscheinungen ist der Umstand, daß sie sehr selten in der Ehe, bei der legalen Form der Befriedigung auftreten, sondern nur bei Versuchen, sich über die ethischen Normen der Gesellschaft hinwegzusetzen.

Wenn ich erwähnt habe, daß die Autonomie der Organe einen inneren Gehorsam darstellt, der den Eltern ein Veto einräumt, das der Verstand verweigert, so kann auch das Gegenteil der Fall sein: Die Autonomie des Organes drückt eine Trotzeinstellung aus, sie ist ein Protest gegen die Eltern.

Ein Mädchen heiratet auf Wunsch des Vaters als gehorsame Tochter einen ungebildeten Mann, der einen großen Vorzug in den Augen des Vaters hat: er ist sehr fromm. Sie ist bei ihm anästhetisch, erleidet bei jedem Koitus starke Schmerzen und muß nachher erbrechen. Ihr Organ stellt sich in Trotz zum Vater ein. Sie setzt die Scheidung durch und heiratet gegen den Willen des Vaters einen freidenkenden Mann. Es hat sie große Kämpfe gekostet, um diese Heirat durchzusetzen. Aber schließlich siegte die Liebe über alle Widerstände. Trotz größter sexueller Erregung produziert sie in der Brautnacht einen unüberwindlichen Vaginismus, der sich durch ein halbes Jahr behauptet. Dieser Vaginismus bedeutet aber nachträglichen Gehorsam. Sie darf sich ihrem Manne gegen den Willen des Vaters nicht hingeben. So kann dasselbe Organ erst Trotzeinstellung, dann Gehorsam zeigen.

Ein anderes Mädchen wird nach modernen Ansichten, vollkommen frei erzogen. Sie hört nichts von Religion und Moral. Es wird ihr gepredigt, daß sie Herrin ihres Körpers sei und nach Gutdünken darüber verfügen könne. Sie versucht verschiedene Liebesverhältnisse. Sie bleibt Jungfrau, weil ihr Vaginismus eine immissio nicht gestattet. Sie identifiziert sich zwar bewußt mit den Ansichten ihres Vaters, sie akzeptiert scheinbar seine Moral. Aber ihr sphincter vaginae steht im Dienste einer Keuschheitstendenz im Gegensatz zu den modernen Ansichten ihres Vaters.

Die einheitliche, harmonische Persönlichkeit rechnet mit der vollständigen (mehr oder weniger vollständigen) Subordination aller ihrer Organe. Die Insubordination eines Organes stellt einen inneren Protest gegen die Gesamtpersönlichkeit dar. Meistens ist es ein Kampf zwischen Logos und Pathos, zwischen Gehirn und Rückenmark oder zwischen Gehirn und den dem Plexus solaris unterstehenden Ganglien.

Man denkt unwillkürlich an die Geschichte der Sezession, wie sie uns die Römer überliefert haben. Menenius Agrippa hat bei dieser secessio in montem sacrum das berühmte Beispiel von den Gliedern gebraucht, die sich gegen den Magen empört haben. Glieder und Magen seien auf einander angewiesen und könnten ohne gegenseitige Hilfe nicht leben.

Die Empörung eines autonomen Organs bedroht das Leben, ohne es zu zerstören. Der Mann mit der Oesophagusparapathie, der nur flüssige Nahrung zu sich nehmen kann, magert ab, aber er fristet doch sein Leben; die parapathische Obstipation führt zu keiner lebensgefährlichen Verwicklung; das seinen Schlag aussetzende Herz erholt sich auch ohne die lebensrettende Kampferinjektion; das Erbrechen der Schwangeren führt

nicht zum Tode; die Anorexie der Hysterischen läßt noch immer ein lebensnotwendiges Minimum von Nahrung durch.

Im Kampfe zwischen Todestrieb und Lebenstrieb weiß der Lebenstrieb immer einen Ausweg, um sich durchzusetzen, wenn es sich nur um eine Organparapathie handelt.

Doch die Krankheitserscheinungen sind nicht so einfach, wie ich sie hier beschrieben habe. Wir sehen gewöhnlich Ich und Gegen-Ich, den bewußten Spieler und seinen unterbewußten Antagonisten, den Gegenspieler, der seine Schachzüge mit Hilfe eines autonomen Organs durchsetzt. Am deutlichsten in der Zwangskrankheit, bei der man oft versucht ist, sich diesen Kampf „organisch" vorzustellen als Antagonismus zwischen den beiden Gehirnhälften, so daß man hier und bei der Schizophrenie geneigt wäre, von Schizo-Somatisationen zu sprechen. Die Sachlage kompliziert sich, wenn mehrere Teilseelen im Kampfe miteinander liegen, wenn die Depersonalisation einen Teil des Gehirnes autonom umgestaltet. Da es Fälle gibt, wo die Gesamtseele sozusagen in mehrere Depersonalisationen zerfällt, wo wir von mehreren Teilseelen sprechen können, kommt es vor, daß die Autonomien wechseln und daß zwei Organe miteinander im Kampfe stehen. Das eine Organ vertritt die Stimme des Gewissens, des Über-Ich, die Warnungen der Erzieher, das andere die verführerische Stimme eines Freundes, der Lektüre, des modernen Zeitgeistes etc.[1]) Im Traume erscheinen dann die Teilseelen als verschiedene Personen dargestellt, sehr häufig mit der Beziehung zu dem autonomen Organ.

Ein 30jähriger Mann, Sohn eines Arztes, erkrankt an schweren Herzanfällen, die das Bild einer echten Angina pectoris zeigen. Er kann nur in Begleitung seines 66jährigen Vaters ausgehen, muß immer in der Nähe eines Arztes weilen. Geht der Vater aus, so muß ein Ersatz-Arzt in der Nähe sein. In der Tasche trägt er eine Pravazspritze und Kampfer, damit die lebensrettende Injektion sofort verabreicht werden kann. Überdies hat er einige Fläschchen mit verschiedenen Herzmitteln bei sich. In den Anfällen setzt der Puls aus, Extrasystolen melden sich, er fühlt einen Herzdruck und sein Ende nahen.

Mir war es klar, daß er den Vater spielt, dem er den Tod wünscht[2]). Er stirbt den Tod seines Vaters, er identifiziert sich mit seinem Vater. Was aber bedeuten die anderen Störungen? Zuweilen Eßstörungen, zuweilen Unfähigkeit zu gehen, hartnäckige Verstopfung? Auf der Gasse blendet ihn das Licht, er wird vorübergehend blind; manchmal ist der Lärm unerträglich und er wird taub, er hört gar nichts. In solchen Momenten muß er sich niedersetzen und hat das Bedürfnis, seine Hosen zu öffnen, als wäre er ein Kind, das urinieren möchte. Aber die Hände versagen den Dienst. Er ist gelähmt.

Seine Leidensgeschichte beginnt in früher Jugend. Nach einer Influenza erkrankte er an Poliomyelitis, lag drei Jahre lang im Bette, gepflegt von seiner Mutter. Es war während des Krieges. Der Vater stand als Militärarzt im Felde.

---

[1]) Vergl. Dr. Armin Müller: Das Individualitätsproblem und die Subordination der Organe. Akademische Verlagsgesellschaft, Leipzig.

[2]) Vergl. die Geschichte einer Vogelphobie in „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung", IV. Auflage. Verlag der Psychotherapeutischen Praxis, Wien-Leipzig-Bern.

Mit 17 Jahren setzten die ersten Angstzustände ein. Er wurde zwei Jahre von einem Freud-Schüler ohne Erfolg analysiert. Er ging dann zu einem Adler-Schüler, der ihn in acht Monaten herstellte. Er arbeitete dann recht fleißig, konnte seine Reifeprüfung bestehen, suchte Gesellschaften auf. Die Beziehungen zu Beruf und Gesellschaft wurden normal; ihm fehlte nur die Beziehung zum Weibe. Auf Anregung des Arztes suchte er Damenbekanntschaften und verliebte sich in ein Mädchen, das seine Liebe bald erwiderte. Er verlobte sich mit ihr. Aber noch immer hatte er keine sexuellen Erfahrungen. Er versuchte bei Dirnen und war impotent. Er klagte seiner Braut sein Mißgeschick und sie bot sich ihm an, um ihn zu erlösen und ihn zum Mann zu machen. Er war bei ihr vollkommen potent und schien ganz genesen. Er lachte über seine früheren Angstzustände. Sein reicher Schwiegervater sprach ihm zu, er solle das Studium der Philosophie aufgeben und in seine Fabrik eintreten. Er werde ihn später zum Sozius machen. Der Termin der Hochzeit wurde festgesetzt. Es war drei Monate vor der Hochzeit, da war es wieder eine Influenza, die ihn für drei Wochen aufs Krankenlager warf. Er stand auf und seine Angstzustände waren heftiger denn je.

Es war mir nun klar, daß er eine Flucht in die Krankheit vollzogen hatte, weil er der Heirat entgehen wollte. Seine Braut hatte keine Ahnung von seinen Angstzuständen. Er schämte sich, ihr dieses „weibische Leiden“ einzugestehen und schützte eine chronische Nebenhöhlenerkrankung vor, um nach Wien zu kommen. Die Situation war ziemlich durchsichtig: Er konnte seine Mutter nicht verlassen. Ein Gedanke quälte ihn: „Was geschieht mit Mutter, wenn Vater stirbt?“ Vater litt an erhöhtem Blutdruck, er konnte jeden Tag sterben. Die Herzneurose des Sohnes verfolgte offenbar auch den Zweck, den Vater zu erschüttern, ihn fortwährend in Schach zu halten, ihn den größten Erregungen auszusetzen, mit einem Wort, sein Leben abzukürzen. Schon als Knabe war er glücklich, daß der Vater so selten zu Hause war. Er konnte im Bette der Mutter schlafen und fühlte sich dort sicher und geborgen.

In der Zeit der Pubertät war er voll von sadistischen Phantasien. Ich möchte sagen, er schwelgte in allen möglichen paraphilen Phantasien. Er war auch Exhibitionist, ohne je einen solchen Akt ausgeführt zu haben. Ein Teil seiner Straßenangst, war Angst, er könnte exhibitionieren, oder einen Mann ansprechen und einen homosexuellen Akt vollziehen. Seine Tagträume waren nach dem Prinzip „Lust ohne Schuld“ gebaut. Er phantasierte: „Wenn ich mit Mutter spazieren gehe und die Revolutionäre mich zwingen, mit der Mutter zu verkehren, oder nackt durch die Straßen zu wandeln, oder sie binden mich an einen Baum und vergewaltigen mich, dann bin ich nicht schuldig!“

Gegen alle diese asozialen Tendenzen schützen ihn seine „autonomen“ Organe, die sich oft antagonistisch gegenüberstellen. Er ist Voyeur, er sieht ein Mädchen, er möchte exhibitionieren, aber die Hände gehorchen nicht, er wird blind, er sieht nichts. Er will hören, was ein Mann sagt, er wird taub, er hört nichts. Er wird nie blind und taub. Immer wird ein einziges Organ ausgespielt, das wieder vom Herzen als Zentralstelle beherrscht wird.

Er hatte einen sehr charakteristischen Traum, der seinen Zerfall in die Teilseelen trefflich symbolisiert:

„Ich stehe in der Mitte des Praterstems[1]*, wo fünf Straßen sich kreuzen. Auf der einen Straße sehe ich einen blinden Mann, der von einem roten Hunde geführt wird; auf der zweiten Straße geht ein Mann mit einem riesigen Höhrrohr, er ist offenbar taub und in Gefahr, überfahren zu werden; ich will zur dritten Straße, da wankt ein Lahmer auf Krücken; auf der vierten Straße tragen sie eine Bahre, auf der ein Toter liegt; endlich sehe ich meinen Weg auf der fünften Straße.*

[1]) Großer Platz in Wien.

Vor mir geht ein kleiner Junge und trägt ein großes r o t e s H e r z. Es ist aber kein Herz. Es ist eine B o m b e, die plötzlich explodiert und alles zu verwüsten scheint. Alles rennt verzweifelt durcheinander, die Leute schreien „Polizei!", R e t t u n g s w a g e n kommen und ich erwache mit einem fürchterlichen A n g s t a n f a l l. Ich eile zum Bette des Vaters und falle erschöpft über sein Lager. Er erwacht mit Schrecken und versucht, mich zu beruhigen."

Wir sehen in diesem Traum, wie die verschiedenen Teilseelen und die einzelnen Organsymptome durch die kranken Gestalten symbolisiert werden, die verschiedene Wege wandeln. Sein Weg wäre der der Liebe. Aber er fürchtet eine Explosion. u. zw. eine Affektexplosion, die zu einem Verbrechen führen könnte.

Wenn wir einer solchen kranken Persönlichkeit gegenüberstehen, so verstehen wir, daß es unsere Aufgabe ist, einen „Parlamentarismus der Seele" (M a r c i n o w s k i) zu etablieren. Mit Zwang ist nichts zu erreichen. Die Hypnose mag den Absolutismus des Arztes symbolisieren, aber sie führt nicht zu jenem Kompromiß, das wir benötigen, um den Kranken zu heilen. Zuerst müssen wir die Tendenz des Leidens und den Krankheitsgewinn (die geheime Lustprämie) erkennen. Die nächste Aufgabe ist: Die Organsprache der Seele zu enträtseln.

Ich habe schon betont, daß das autonom gewordene Organ in zwei Formen das Individuum beherrschen kann: als Krampf oder als Lähmung. Der Krampf bedeutet den aktiven Trotz, die Lähmung die passive Resistenz unter dem Scheine des Gehorsams. Eine Verstopfung kann den Krampf des sphincter ani oder der flexura sygmoidea (P o t a i n sche Enteralgie) bedeuten, aber auch eine Parese der Muskeln, die die Peristaltik zu regeln haben. Die Amenorrhöe, ein Protest des Uterus gegen die Rolle der Weiblichkeit ist Lähmung, die Dysmenorrhöe bedeutet einen Krampf und den inneren Konflikt.

Die Parapathie stellt die Zertrümmerung des Individuums in seine psychischen Atome dar. Sie stattet einzelne Organe mit autonomer Macht aus, so daß der Gesamtorganismus gestört wird. Die P s y c h o a n a l y s e muß daher zur P s y c h o s y n t h e s e werden, sie muß die Obstruktion der einzelnen Organe, die den seelischen Parlamentarismus durch passive Resistenz und offene Rebellion aufheben, wiederherstellen, die einzelnen Teile zur gemeinsamen Arbeit vereinigen.

Je länger die Krankheit dauert, desto stärker wird die Macht des autonomen Organes, desto verhängnisvoller wird der Konflikt zwischen Teilseele und Gesamtpersönlichkeit. Daß in allen Fällen o r g a n i s c h e F a k t o r e n mitsprechen, brauche ich nicht zu betonen. Die Organsprache der Seele drückt sich durch das minderwertige, konstitutionell geschwächte, meist erogenisierte Organ aus. Je rascher der Erfolg erzielt wird, desto sicherer ist die Beseitigung der Autonomie. Lange Analysen fordern infolge der Übertragung Trotzeinstellungen heraus, die zu neuen Organbesetzungen führen und schließlich den Sieg des Kranken über den Psychoanalytiker herbeiführen.

Ich möchte diese Ausführungen mit einem interessanten Beispiel aus meiner jüngsten Erfahrung beschließen.

Frau Elsa M., eine 32jährige Frau, leidet an Agoraphobie und Unfähigkeit, feste Speisen zu schlucken. Sie bleiben im Oesophagus stecken. Sie muß, wie der vorerwähnte Fall, fast immer in der Nähe eines Arztes weilen, weil sie fürchtet, an einem Herzschlag zu sterben. Der Puls setzt in ihren Schwächezuständen aus. Sie muß immer einige Tropfen Valeriana nehmen, ihre Lippen anfeuchten, etwas schlucken. Sie stand längere Zeit in Behandlung eines führenden Individualpsychologen. Die Angst wurde etwas besser, aber die Schluckbeschwerden traten während der Behandlung auf und wollten nicht weichen. Der Arzt erklärte ihr: „Sie wollen über mich triumphieren! Sie wollen mir den Lorbeerkranz vom Haupte reißen und zerpflücken!" Die Aufklärung half nichts, die Angstzustände wurden sogar stärker und die Schluckbeschwerden hörten nicht auf. Die nachfolgenden Sanatoriumsbehandlungen änderten nichts an den schweren Krankheitserscheinungen, die die Patientin lebensunfähig machen.

Treten wir dem Falle näher. Die Disposition zur Angst stammt aus dem familiären Milieu. Der Vater ist ängstlich und in bezug auf Speisen sehr wählerisch. Pat. zeigt eine starke Vaterfixation, war ursprünglich zur Mutter feindlich eingestellt, was sich in den letzten Jahren geändert hat. Eine Fixierung an den älteren Bruder, die zu allerlei Konflikten führte, ist sehr offenkundig: Haß gegen seine Frau, die nicht in ihr Haus kommen darf, Überempfindlichkeit gegen den Bruder, den sie durch permanente Geldforderungen für seine „Treulosigkeit" bestraft. Ein sexuelles Trauma mit dem Bruder wird auf das elfte Lebensjahr zurückgeführt und ist ihr vollkommen bewußt. Mit 22 Jahren heiratete sie einen Mann, der sich als impotent erwies. Sie wurde auf der Klinik operativ des Hymens beraubt. Es fand zweimal ein Koitus statt, bei dem sie frigid blieb. Es kam zur Scheidung. Nach der Scheidung hatte sie Phantasien, ihre Freiheit auszunützen, aber ihre moralischen Hemmungen waren zu stark. Zwei Ereignisse erschütterten sie und führten zum Ausbruch der Parapathie. Die Heirat des Bruders und die Heirat ihres geschiedenen Mannes mit einer lebenslustigen sinnlichen Frau, die es nie mit der Treue ernst nahm und ihrem Manne in rascher Folge drei Kinder schenkte.

Die Patientin lebt ganz in der Vergangenheit. Die Analyse zeigt, daß sie an einem psychosexuellen Infantilismus leidet und in den Tagträumen zu einem Kind regrediert, vor dem noch das Leben steht und das alle Fehler vermeiden kann, die es im Leben begangen hat.

Die Straßenangst erweist sich als Schutz gegen ihre sexuellen Begehrungsvorstellungen. Sie spielt, als hätte sie noch ihre Unschuld und ihr Hymen zu verteidigen. Eine Reihe von Zwangshandlungen komplizieren das Krankheitsbild. Ich will auf sie nicht eingehen, ich möchte nur die Psychologie der E ß s t ö r u n g klarlegen. Es ist klar, daß sie die mißlungenen Koitusversuche ihres Mannes in der Phantasie wiederholt. Er konnte es nie zu einer vollen Erektion bringen, befriedigte sie durch Reizung der Klitoris und Friktionen des halberigierten Gliedes. Sie feuchtet ihre Lippen an, sie bringt keinen f e s t e n Bissen hinunter. Sie spielt mit Mund und Oesophagus die Vorgänge ihres Geschlechtslebens. Sie kann über die Tatsache der Scheidung nicht hinwegkommen. Sie macht sich Vorwürfe. Sie hätte Geduld haben und bei ihrem Manne ausharren sollen.

Und nun kommt das entscheidende Moment: Ihr Mann hatte von ihr eine Fellatio verlangt, wollte Cunnilingus ausführen, wogegen sie sich sträubte. Mit Hilfe ihrer Symptome bedauert sie, daß sie sich geweigert hatte. Vielleicht wäre er dann potent geworden. Vielleicht wäre sie jetzt glücklich. Er wäre immer so zärtlich und aufmerksam gewesen, daß sie allgemein beneidet wurde. Einen besseren Mann werde sie niemals finden.

Ich breche die Krankengeschichte ab. Ich verweise auf die Überdeterminierung der Eßstörung, die wir als eine Ösophagusparapathie bezeich-

nen können. Mit dem Munde wiederholt Pat. die Spiele ihres Mannes. Die Unfähigkeit erigiert einzudringen, wird durch die Unfähigkeit, feste Speisen zu essen symbolisiert. Die Phantasie der Fellatio beherrscht eigentlich das Krankheitsbild. Der Oesophagus hat sich autonom von der Gesamtpersönlichkeit unabhängig gemacht. Es ist, als wollte er ihr zum Troste sagen: „Du sollst es nicht bereuen. Du hättest es auch heute nicht schlucken können!" Oder: „Ich kann mit einer Tatsache nicht fertig werden, ich kann sie mir nicht einverleiben!" Andrerseits ist sie lebensüberdrüssig. Sie flüchtet in die Vergangenheit, weil die Zukunft ihr nichts bieten kann. Sie will sich zu Tode hungern und der Oesophagus übernimmt die Rolle des Todestriebes. Was kann ihr das Leben bieten, wenn sie nicht einmal essen kann? Das Herz jedoch verlangt nach Liebe und Leben und drückt es in Form von Anfällen aus, in denen sie, den Tod vorahnend, seine Schauer und Schrecken durchmacht. Sie wird aber nie ein Gift nehmen können. Sie zahlt ihr Leben mit ihrem Leiden.

Es war nur ein flüchtiger Blick, den wir in das komplizierte Gewebe der autonom gewordenen Organe werfen konnten. Schon dieser Blick lehrt uns, daß Organneurosen den ganzen Lebenskonflikt versinnbildlichen. Das autonome Organ drückt diesen Lebenskonflikt in einer Sprache aus, die ich die Organsprache der Seele genannt habe. Um diesen Zentralkonflikt gruppieren sich die kleineren Konflikte, sie überdeterminieren das Symptom. Die Auflösung der verschiedenen Konflikte zeigt uns den Kampf der Teilseelen gegeneinander und gibt ein anschauliches Bild von der psychischen Zerrissenheit des Kranken und von der Schwierigkeit unserer psychotherapeutischen Aufgabe, vom Organ aus zur Seele und von der Seele zum Organ vorzudringen.

Über Organneurosen

und zu ihrer Behandlung, speziell zur psychotherapeutischen

Von

Univ.-Prof. Dr. Max Löwy in Prag-Marienbad

Die dem Autor von der Schriftleitung für dieses Heft gestellte Aufgabe, sein Teil über die Organneurosen und zu ihrer Behandlung beizubringen, letzteres speziell im Hinblick auf die Tätigkeit des praktischen Psychotherapeuten, enthebt ihn seinem Erachten nach durch ihren speziellen Zweck einer zugleich langwierigen und sehr schwierigen Vorarbeit. Nach alter und wohl begründeter klinischer Tradition hätte nämlich, wer Behandlungs*methoden* darstellen will, vorerst den Behandlungs*gegenstand* sauber zu definieren und zu umgrenzen. Dort, wo, wie besonders im Problembereich unseres Themas, dergleichen an sich oder zur Zeit schwer möglich erscheint, bestünde noch immer die Verpflichtung, als Vor-

arbeit wenigstens eine übersichtliche Darstellung und Würdigung der Literatur zu versuchen. Bei der Ausbreitung und Verstreutheit der hier einschlägigen Literatur über fast alle Gebiete der Medizin ist dies für einen Einzelnen eine schon kaum mehr lösbare Aufgabe und auch nur die systematische Aufzählung der in Betracht kommenden Krankheitsbilder und der Titel der Hauptarbeiten würde übermäßigen Raum beanspruchen. So beschränkt sich Autor auf einige Angaben und auf die Auswahl einiger weniger allgemeiner Gesichtspunkte, eben auf das, was ihm zur Zeit als Ersatz solcher Vorarbeit und als eine Art Einführung in das Problemgebiet des Behandlungsgegenstandes geeignet erscheint.

Zu diesem Zweck versucht Autor einleitend die sogenannten Organneurosen und vegetativen Neurosen vorerst ohne spezielle Bezugnahme auf irgend eine therapeutische Absicht, sondern hauptsächlich von ihrer Klinik aus zu bestimmen; und das heißt, sie von ihrer Symptomatologie und von ihren verschiedenen ätiologischen Faktoren (sowie auch von deren Nachbarschaftsbeziehungen untereinander und mit anderem) her zu charakterisieren. Als Hauptkennzeichen der Erkrankungen dieses Gebietes erscheinen ihm: 1. Das polygenetische Verhalten der Organneurosen (Hans Curschmann 1925), d. i. die Herkunft des gleichen Syndroms aus mehreren recht verschiedenen und evtl. wechselnden Herkunftsquellen. 2. Der dabei doch ersichtliche Zusammenhang dieser Herkunftsquellen: als einem gemeinsamen Quellboden entspringend, und zwar dem eines irgendwie „Nervösseins" oder „Nervöswerdens". Damit ist jedoch dieser Quellboden nur „eindrucksmäßig" und ganz von ungefähr bezeichnet, aber er läßt sich etwas genauer abstecken mittels der Bezeichnungen Neurosen überhaupt, sowie einerseits vegetative und Organneurosen und andrerseits die großen Psychoneurosen; wir wollen dies, nur in vorläufiger Unterscheidung, zugleich als den mehr „somatischen Flügel" einerseits, den mehr psychischen andrerseits der ganzen Gruppe verstehen. In solchen Signaturen steckt — zugleich als eine gemeinsame Abgrenzung von anderem — der Begriff der vegetativen und psychogenen, zusammen „funktionellen" Störungen in Gegenüberstellung zu grob organischen, anatomisch und histologisch greifbaren und lokalisierbaren Erkrankungen der Körperorgane oder des Zentralnervensystems; wenn sich auch an den Grenzen und vielleicht sogar im letzten Grunde der funktionellen Störungen Berührungen ergeben mögen mit einer Anlageschwäche oder Anfälligkeit oder anders begründeten Leistungsstörungen, kurz mit einer Labilität: mal gewisser Körperorgane, mal des regulierenden vegetativen Nervensystems, mal der Zentralregulation und Zentrenfunktion im Hirnstamm (Zwischenhirn und Stammganglien).

Doch kann auf dieses wichtige Thema hier nicht näher eingegangen werden und es sei diesbezgl. verwiesen auf die Bemerkungen des Autors zum Thema der Organneurosen betreffs 1) der Beziehungen zwischen organisch und „funktionell"; 2) der Beziehungen zwischen vegetativem Nervensystem und dem, was man ohne scharfe

Scheidung funktionell und psychogen nennt; letzteres soweit es sich mit „verstehbaren“ Vorgängen deckt, genauer gesagt Einfühlbarkeit und psychologische Analysierbarkeit aufweist; 3) betreffs der Theorien von der Katastrophenreaktion unter gemütserschütternden oder die Leistungsbreite des Zentralnervensystems herabsetzenden Umständen (Kurt Goldstein) und vom „inneren Konflikt“ Freuds[1]).

Für unser Problemgebiet ergibt nun die klinische und experimentelle Untersuchung einschlägiger Krankheitsfälle neben dem erwähnten polygenetischen Verhalten und dem Hervorsprießen aus einem nervösen Boden (sei es aus einer psychopathischen oder vegetativ-labilen Anlage, sei es aus einer passageren neurotischen Abstimmung) noch des weiteren ein besonderes Kennzeichen. Dieses ist 3. das „Stigma“ einer lokalisierten oder allgemeinen „nervösen Übererregbarkeit“. Dergleichen kann sich ausdrücken: a) In Form erhöhter psychischer besonders emotioneller Ansprechbarkeit, resp. Anfälligkeit und Labilität mit leichter Enthemmbarkeit und Erschöpfbarkeit („reizbare Schwäche“ der Alten); es ist dies eine verminderte Widerstandsfähigkeit mit Mangel an Haltung und Fassung, an Hemmungen, an Leistungsverfügbarkeit etc., und dem Kennzeichen der „Unlustintoleranz“, sei es „Affektintoleranz“ oder „Arbeitsintoleranz“ (Autor 1910), als Retentionsdefekt, Dämpfungsdefekt oder Leitungsdefekt (Verhaltenheit) von E. Kretschmer (1917), als eine der infantilen ähnliche Unfähigkeit, längerdauernde Libidostauung zu ertragen (Freud, Vorlesungen 1915), als Unfähigkeit längerdauernde Spannung unentladen zu ertragen und Impulse in Schwebe zu halten, zu retinieren, entsprechend abzubauen, umzubauen und zu verwerten, im Sinne von O. Pötzls „Gegenwirkung der Zentren“ entsprechend zu verteilen (Autor 1926 und später).

Diese Übererregbarkeit kann sich auch b) ausdrücken in einer Labilität der vegetativen Zentren (H. Oppenheim 1910, nach ihm auch häufig zusammen mit einer Giftintoleranz), in einer vegetativen Übererregbarkeit, d. i. in einer Übersteigerung der Reaktionen, sei diese eine übermäßige Ansprechbarkeit, also zu leichte Erreglichkeit oder ein Hemmungsmangel (Disregulation) oder ein unangebrachtes Übermaß der vegetativen Funktionen; wir sprechen von Vasolabilen, von Vegetativ-Labilen (H. Curschmann), von vegetativer Stigmatisation (E. v. Bergmann). Oder wir finden a) und b) zusammen; zugleich erinnern wir uns weiter der Häufung der sogenannten „nervösen Stigmata“ im Bereiche ver-

[1]) Nebst den Vorträgen der Referenten Ph. Stöhr jun. (Bonn) „Über den Aufbau des vegetativen Nervensystems“ S. 1—4, E. Th. Brücke (Innsbruck) „Physiologie des vegetativen Nervensystems“ S. 4—6, und V. v. Weizsäcker (Heidelberg) „Über Organneurosen“ S. 6—8; sowie auf die Diskussionsbemerkungen dortselbst: L. Alkan (Berlin) S. 8—10, R. Schmidt (Prag) S. 10—12, und P. Mahler (Prag) S. 14—15 (III. wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für innere Medizin und Neurologie in der Tschechoslovakei, April 1933), Sonderabdruck der Medizinischen Klinik 1933, Nr. 21, 22, 24 bis 27.

schiedener Keimblätter und in den verschiedensten Körpergebieten bei den Neurotikern und Psychopathen, sowie endlich an Julius Bauers Trias, sowohl in der Funktionsregulation als in deren Störungen, Konstitution, Kondition (J. Tandler) und hormonale Protektion.

Bei der weiteren beispielsweisen Betrachtung einzelner Syndrome aus dieser oder jener Gruppe, d. h. von „psychogenen" vegetativen Organstörungen, oder von Organneurosen anderer, mehr somatischer Herkunft, nunmehr schon unter therapeutischem Gesichtswinkel, wollen wir uns durchaus nicht immer an die hier dargestellten oder etwaige andere theoretische Gesichtspunkte gebunden erachten, sondern die Erfahrung sprechen lassen. Aber immer wieder sehen wir da die Ausmündung verschiedener meist mehrfacher ätiologischer Faktoren in eine gemeinsame Endstrecke, eben in das gleiche Symptom oder Syndrom. So lokal am Erfolgsorgan auftretend als Überempfindlichkeit der Schleimhaut oder der glatten Muskulatur der Bronchien im Asthma bronchiale seu nervosum, am Herzen als Veränderungen der Schlagfolge oder als Sensationen, an Magen, Darm, Blase, lokal an der Haut im Oedema circumscriptum Quincke und in der Urticaria, oder allgemein wie bei der Tetanie, welche für uns ein Schulbeispiel ist, sowohl für die Möglichkeit sehr verschiedener ätiologischer meist „vegetativer" Herkunft, wie für die gleichzeitige Bewirkung bestimmter Übererregbarkeit sowohl vegetativer Funktionen, als auch im animalen, und zwar peripheren Nervensystem, welch letzteres ja für die Namensgebung der Erkrankung ausschlaggebend geworden ist. Wir erkennen, daß die Ausgangsquellen sein können: sowohl konstitutionell-somatisch oder aktuell-somatisch, als auch psychisch-konstitutionell oder ein aktuell-psychischer Anlaß (Psychogenien), oder mehrere davon zugleich. Und auch die Entäußerungen können dabei wiederum sein: somatisch allein, psychisch allein oder beides zusammen, letzteres z. B. bei der sogenannten Neurasthenie, für die Freud als „die gemeine Nervosität" s. Z. schon auf eine Art Intoxikation mit Produkten der Sexualdrüsen, besonders als Angsterreger aber auch für den ständigen Kopfdruck hingedeutet hat. In der Tat sah ich den dauernden Kopfdruck eines solchen Falles eklatant nach einem ihm nicht-ärztlich verordneten Ehebruch schwinden, dafür aber heftige Reue eintreten. Ausgangsquellen konstitutionell, und zwar somato-psychisch, aktueller Anlaß psychisch und die Entäußerung psychisch, finden wir bei den Hypersensitiven, den sogenannten Sensiblen, E. Kretschmers Verhaltenen. Endlich imponieren die Entäußerungen als somatisch, ja oft als grob somatisch (Lähmungen, Analgesien etc.), wobei die Ausgangsquellen psycho-konstitutionell sind und der Anlaß meist psycho-aktuell: in den Syndromen der hysterischen „Konversion" Freuds. Diese theoretisch besonders lehrreichen und für uns praktisch besonders wichtigen Formen der Ätiologie und der somatischen Auswirkung verstehen wir seit Freud nicht nur als Effekt psychischer Alteration, sondern auch als direktes Umwandlungsprodukt von Psychischem in körperliche Symptome. Solche Alteration kann nun bestehen in einer aktuellen, Emotion erweckenden Einwirkung oder in einer Neusensibilisierung, d. i. in einem „Aktualisierungsvorgang" betreffs gewisser „Komplexe", in einer Aktualisierung von „Reminiszenzen"; nach Freuds Vorlesungen leiden ja die Hysterischen an Reminiszenzen aus einem s. Z. unerledigt gebliebenen und „verdrängten inneren Konflikt". Ihr Überleben und ihre Entladungstendenz führt zu Krankheitssymptomen; nach dem Inhalt der Reminiszenz, oder sagen wir vorsichtiger nach ihrer Richtung und Ausdrucktendenz bestimmt sich die Lokalisation der Symptome und ihre Form, die Organwahl und die Symptomwahl; zugleich auch durch das „Entgegenkommen erkrankter Organe" nach Freud, die nun Symptomträger nervöser Störungen werden, obzwar sie vorher nicht nervös, sondern von früher und anderswoher geschädigt sind, oder weil sie von Haus aus

schwach, d. i. weniger leistungsfähig oder besonders anfällig sind. Und das steht in einer gewissen Entsprechung zu Alfred Adlers „Minderwertigkeit der Organe", welche durch ein Kompensationsstreben des Trägers in Überbeanspruchung zu Überleistungen aufgepeitscht, so aber auch an die Grenze des Versagens gebracht werden können (E. Wexberg). Am häufigsten und eigentlich der typische Freudsche Fall in der hysterischen Konversion ist die larvierte Entäußerung und zugleich Entladung als „symbolische Kundgabe" des Zugrundeliegenden (Komplex, Reminiszenz) in der „Organsprache". Deren Beziehungen zum Ausdruck und Ablauf der Affekte an Muskulatur, Haut, Herz und Gefäßen, Sekretionen und inneren Organen, sowie die phylogenetische Rückführbarkeit der Organsprache auf Flucht- und Feindreflexe, auf Totstellreflexe, Drohposen etc. können hier nicht des Näheren erörtert werden. Hier halten wir nur fest, daß sich so Psychisches, psychische Innensituationen, Einstellungen und Vorgänge in der „Organsprache", indem nämlich gerade das entsprechende Organ „anspricht" und in entsprechender Weise „spricht", körperlich larviert, d. i. in Symptomen zugleich entladen und entäußern können. So aber verrät sich zugleich, was hinter einer bestimmten „Organneurose" diese bewirkend steckt, so läßt sich erraten, „zurückübersetzen", und damit psychisch behandeln.

Von den jedem auf diesem Gebiete Erfahrenen in reichem Maße zur Verfügung stehenden Beispielen grob hysterischer Konversionssymptome (etwa eine „Kyanthropie" nach Hundebiß, den der Geliebte abschwor; oder von linksseitiger Taubheit und Blindheit samt Halbseitenanalgesie nach einer Ohrfeige vom Geliebten etc.) sehen wir hier ab, und finden auf unserem engeren Gebiete der psychogenen Verursachung und somatischen Entäußerung rückübersetzbarer Art bei Störungen vegetativer Funktionen und innerer Organe Beispiele genug. So läßt sich z. B., wo kein anderer Grund schwer zu behandelnder Schlafstörung aufgedeckt wird, vermuten, daß Schreck, Angst, Erwartung (speziell peinliche oder sexuelle), aber auch unbewußtes Schuldgefühl und „auf der Hut sein" vor irgend jemandem oder vor den eigenen Erinnerungen oder Träumen (Freud) dahinter stecken könnten. Oder schwere Kränkungen hinter Atembeklemmung, Herzklopfen, in mancher Alteration des Herzschlags, im Herzdruck und in den Klagen: „es gibt mir einen Stich ins Herz" (scil. gab mir), „es dreht mir das Herz um", „eine kalte Hand greift mir ans Herz", „Es preßt mir das Herz zusammen" (aber man denke auch an Angina pectoris vera!). Schreck und Kränkung verschlagen die Rede bis zur hysterischen Aphonie, z. B. in einem Falle des Autors mit der machtlosen Entrüstung eines Subalternen, dem ein rücksichtsloser Vorgesetzter den lang versprochenen und immer wieder vorenthaltenen Urlaub nun endgültig abgeschlagen hatte (Heilung des „sprachlos Dastehenden" in einer Sitzung). Bezüglich Übelkeit und Erbrechen sei an den klassisch gewordenen Fall des Frl. von O. in Breuer und Freuds „Studien zur Hysterielehre" 1895 erinnert. Oder ein Fall des Autors: Junges Mädchen mit scheinbar unstillbarem Erbrechen, so daß fast keine Nahrung behalten werden konnte, und schwerste Abmagerung in wenigen Wochen eintrat. Nach nochmaliger wiederum negativer Revision der schon von verschiedenen Seiten angestellten körperlichen Untersuchung, die Frage: „was oder wer liegt Ihnen im Magen?", „wovor ekeln Sie sich?" Darauf Tränen und das Geständnis, der im fernen Westen amerikanisierte Vater spuckt ständig seinen Kautabak über den Kopf der ihm gegenüber am Schreibtisch tagein, tagaus arbeitenden Tochter an die gegenüber liegende Wand; übrigens Grund zur Vermutung, daß das nicht die einzige „Ekelhaftigkeit" des Vaters ist (wird jedoch absichtlich nicht weiter aufgedeckt, da schon diese erste Untersuchung bei Entfernung aus dem Hause binnen paar Tagen Nachlaß des Erbrechens und rasche Gewichtszunahme bringt). Nach der Heimkehr kurzes Rezidiv, behoben bei der Versetzung in einen anderen Arbeitsraum.

Der Globus (und Oesophagospasmus) läßt besonders bei Männern an eine würgende innere oder äußere Situtation denken, etwa Berufsgefährdung, Schulden, Erpreßtwerden, „Schluckenmüssen", oder unglückliche Ehe, bei Frauen mehr an Freuds Verlegung nach oben von sexueller Spannung; ähnliches zu vermuten, aber absichtlich nicht verifiziert, für die so häufig bei Mädchen und Frauen zu beobachtende Haltung „Hand am Hals". Auch Pollakisurie ist nicht selten ein Verdrängungs- oder Verlegungssymptom (je nachdem, wie wir es nennen wollen) für sexuelle Erregung, aber auch Ausdruck unangenehmer Erwartung oder sonstiger peinlicher Gefühle beim Ausharrenmüssen in quälender Situation, oder des Lampenfiebers; man vergleiche auch das Volksrezept, nach einem Schreck zu Urin zu gehen.

Mancher Kopfdruck, besonders der eiserne Ring um den Kopf, die Casque der Franzosen, ist, soweit nicht Ermüdungskopfschmerz oder Refraktionsanomalien in Betracht kommen, ebenso wie der sogenannte „Clavus" am Scheitel oft Ausdruck dafür, daß einem Jemand „auf der Kappen sitzt" und unterdrückt oder mit ständigen Anforderungen „im Genicke sitzt". Interessant ist beim Clavus das schmerzhafte Einknicken in die Knie und immer wieder bei jedem Druck auf den Scheitelpunkt, ohne Pupillenerweiterung, welche bei einem wirklich organischen Schmerzpunkt zu erwarten wäre (Autor 1905).

Bei Schwindelgefühl, wo nichts Organisches (etwa Präurämisches, Zerebellares oder Zerebralarteriosklerotisches, oder meteoristischer Zwerchfellhochstand) in Frage kommt, wirken die Fragen „wankt Ihre Position?", „schwindet Ihnen der Boden unter den Füßen?", „dreht es sich Ihnen vor Zweifel und Sorgen wie ein Mühlrad im Kopf herum?", entlastend, indem sie den Patienten zur Aussprache veranlassen und ihn zugleich auf den Zusammenhang seines Schwindels mit dergleichen hinweisen.

Gelegentlich verrät sich ein ständiges Räuspern durch seinen „selbstwarnenden Klang" als ein herauszuhörendes „verred' Dich nicht", „verrat Dich nicht", „überleg' Dir, was Du sagst". Dergleichen kann nun entweder ein aktuelles Geheimnis bedeuten (Ehebruch bei Frauen z. B.), oder Folge einer scheinbar längst überstandenen „inquisitorischen" Kindheitserziehung bei Männern oder Frauen sein. Es tritt auch in letzterem Falle bei irgend einem aktuellen Anlaß, sei es eine besondere psychische Situation oder nach einer akuten Erkältung mit Halskratzen auf (Entgegenkommen erkrankter Organe), nicht selten ist aber die dabei bestehende Pharyngitis eher die Folge als die Ursache.

So stellen auch auf dem Gebiete der Organneurosen genug Symptome und Syndrome eine Konversion von Psychischem in Somatisches mittels der Organsprache dar, wenn auch hier die Symptome nicht so massiv und demonstrativ sind wie bei der landläufigen Hysterie, und bei den Organneurosen wohl häufiger als Reminiszenzen aktuell wirksame Situationen das punctum movens für die Organwahl und Symptomwahl abgeben. Mit solchen Beispielen sind wir aber zugleich schon mitten auf einen therapeutischen Weg gelangt, und zwar hier zuerst auf einen von Freud allgemein für die Neurosen gebahnten Weg, welcher aber auch für unser Gebiet gültig und oft gerade hier sehr wirksam ist. Wir gehen diesen Weg nach Freuds Vortritt mittels der „Rückübersetzung solchen Organausdrucks" in Symptomen und Syndromen zurück in Psychisches und Bewußtes; und in einer Weise, die im vorhergehenden schon gestreift ist, und nun dargelegt werden soll. Autor bedient sich hierin, wenn nicht immer ganz der Methodik, so doch gewiß der Symbolik der klassischen

Psychoanalyse, zugleich mit dem dieser ja entsprechenden Ziele durch Aufschließung der psychischen Krankheitsgrundlage für das Bewußtsein des Patienten (möglichst unter Wiedererleben einer der Reminiszenz des ursprünglichen Erlebnisses irgendwie entsprechenden Emotion), die vorliegende Störung abreagieren zu lassen, und die zugrundeliegende Spannung zur Entladung zu bringen. Dabei wird verzichtet sowohl auf eine Vollanalyse des Syndroms, wie erst recht auf die weitere Aufgabe: durch „Reedukation" psychoanalytischer Form Einwirkung auf den Charakter des Patienten zu gewinnen und so der Krankheit den Boden abzugraben; (die Gründe für solchen Verzicht folgen noch im weiteren). Dort wo sich der Autor dessen getraut, beginnt er schon während der ersten Untersuchung, ja manchmal schon während der Anamnese mit einer vorläufigen vermutungsweisen Erwähnung und beiläufigen Hinweisen betreffs des von ihm vermuteten psychischen Zusammenhanges der beklagten oder gefundenen Symptome und ihrer speziellen Ursache als „Möglichkeit". Nicht selten ergibt bei solchen (z. B. „selbstwarnendes" Räuspern) aber auch ganz anderen Fällen die körperliche Untersuchung lebhaftes Protestausfahren der leicht mit den Sohlen parallel auf dem Boden aufgestellten Unterschenkel bei der Kniereflexprüfung evtl. mit Nachschütteln oder Nachzittern, lebhaftes Zwinkern oder Zukneifen der Lider und Wegwenden des Kopfes bei der Pupillenuntersuchung mit dem elektrischen Taschenlämpchen sowie beim Aschnerschen Bulbusdruck-Versuch, betontes oder sehr sparsames Vorstrecken der Zunge, lebhaftes Gegenwürgen gegen den Spatel bei der Rachenuntersuchung, sparsames Aufdecken des Bauches und Immerwiederbedecken desselben mit der Hose oder gewisse Schutzhaltungen des Armes und der Hand vor dem Unterbauch oder Membrum bei der Abdominaluntersuchung gerade bei Männern bis ins hohe Alter; (siehe des Autors Arbeit „Zeichen einer psychischen Kindheitshaltung bei der Leibesuntersuchung von Erwachsenen", Ztsch. f. Psychotherapie, Bd. I, 1928). Hier erfolgt nun noch während der weiteren Untersuchung die überraschende Frage an den Pat. nach Kindheitstrotz und strenger Erziehung, besonders seitens des gleichgeschlechtlichen Elternteils oder eines Hauslehrers oder einer Gouvernante „mit lockerem Handgelenk", wenn dergleichen verneint wird, der Hinweis auf die Trotzform des „beflissenen Gehorsams". Wenn die organneurotischen Symptome einen Bezug zum Kindheitstrotz anzudeuten scheinen, wird auch darauf hingewiesen, jedenfalls aber darauf, daß hypochondrische Befürchtungen auf diesem Boden des Kindheitstrotzes (unseres Ödipuskomplexes) leicht zustande kommen und besonders im Anschluß an den Tod des Elternteils, gegen welchen sich seinerzeit der Trotz gerichtet hat, und zwar meist als Befürchtungen in bezug auf jenes Organ, an welchem der Verstorbene krank war (Selbstbestrafung durch Hypochondrie).

Solche rasche Symptomdeutung in Form des „Auf-den-Kopf-Zusagens" ist keineswegs immer am Platze. Sie muß vertagt werden oder auf nur leichte

Andeutungen beiläufiger Art und in Vermutungsform beschränkt werden, wo in der ersten Untersuchung organische Erkrankung nicht auszuschließen ist, weiter bei sehr Sensitiven, besonders den Verhalten, auch bei sehr Ablehnenden oder Skeptischen, um hier den Weg für die Zukunft nicht durch zu rasche Weckung des Widerstands zu verschütten. Bei Patienten, welche zu Dämmerzuständen neigen, mögen solche Andeutungsversuche auf Anhieb nur von einem psychiatrisch Erfahrenen gerade noch gewagt werden. Nicht aber dort, wo die Anamnese und das Verhalten eine zwangsneurotische Hauptstörung vermuten lassen; bei Zwangsneurotikern weckt nämlich fast immer vorzeitige Aufdeckung der psychischen Grundlagen der Neurose heftigen Widerstand und verstärkte Zwangssymptome.

Ob nun die therapeutische Absicht dahin geht, auf solchen psychoanalytischen Wegen fortzuschreiten oder nicht — jedenfalls stellt Autor nach der ersten Untersuchung vorerst einen somatischen Behandlungsplan für den Pat. auf und unter weitere Kontrolle. Bei der Wiedervorstellung, je nach dem Fall in einigen Tagen oder erst in 1—2 Wochen, nach erneuter Untersuchung und nun folgender Ausfragung speziell über das psychotherapeutisch angegangene Symptom, erwähnt Autor wieder den vermuteten psychischen Zusammenhang, meist schon etwas bestimmter, und verlangt nun, falls die Besserung nicht schon deutlich ist, die erste Zahl, die dem Patienten einfällt (Freuds Methode der Einfallszahl). Man erhält sie anfänglich meist erst nach einigem Widerstreben, oder erst nach kurzer Einübung und erneuter Anforderung. An deren Erhalt schließt sich (evtl. nach Zerlegung derselben), die Bearbeitung mit einigen wenigen fortlaufenden Wortassoziationen, das sind die einfallenden Worte aber auch Bilder und Erinnerungen, welche auftauchen und zu nennen sind. Eventuell werden einzelne Worte aus dieser Reihe zum neuen Ausgangspunkt für ein paar Reihen fortlaufender Assoziationen, besonders dann, wenn sie suspekt sind durch „Komplexzeichen“: Erröten, Feuchtwerden der Augen, unmotiviertes Lachen, Stocken, Pulsveränderung etc. Nicht selten läßt sich kurzerhand eine auf das Symptom oder die ausschlaggebende Situation des Pat. bezügliche „Legende“ aus Einfallszahl oder Assoziationsexperiment ziehen, und wird dem Pat. vorgelegt (von den vorerwähnten Kontraindikationen einer zu raschen Aufdeckung abgesehen). Zum Schluß wird der Pat. aufgefordert, die dieser Sitzung folgenden Träume zu notieren und sie das nächste Mal mitzubringen, wo sie dann teils sofort gedeutet werden, was bei einiger Übung und viel Vorsicht möglich erscheint, oder wieder mittels der Einfallszahl und fortlaufenden Assoziationen oder in der klassischen Form der Freudschen freien Einfälle bearbeitet werden, während die somatische Behandlung weitergeht. So wird also, wenn man allein mit somatischer Therapie und mit den verschiedenen Variationen der Andeutung und des Auf-den-Kopf-Zusagens „symbolischen

Symptombezugs" das Auslangen nicht gefunden hat, oder von vornherein nicht erwarten kann, diese Form von „Kurzanalyse der Organneurosen" in eine somatische Therapie eingebaut, und vom Autor womöglich larviert, „wie nebenher". Letzteres scheint, trotzdem es gegen die Regel ist, manchen Widerstand gegen die Analyse und gegen den Analytiker persönlich und vor allem die noch immer herrschenden Vorurteile der Pat. gegen derartige Behandlung ihrer, von ihnen ja als körperlich beurteilten Krankheit zu umgehen. Dabei wird man den „Widerstand" noch immer deutlich genug da und dort zu fühlen bekommen, besonders als Übertragung des Sohnestrotzes in der entsprechenden analytischen Situation auf den Arzt, und kann ihn als Führer zum entscheidenden Punkt benützen, statt des Letzteren Aufdeckung als ein Geschenk von der Übertragung zu erwarten. Natürlich bedarf es dort, wo der Pat. von vornherein schon einen Psychotherapeuten sucht (bei den Organneurosen meist erst dann, wenn vielerlei somatische Versuche fehl geschlagen sind), keiner solchen „Nebenherlarvierung" der psychotherapeutischen Absicht und des analytischen Vorgehens. Gelegentlich, nicht allzu häufig, wird vom Autor zur Larvierung des analytischen Vorgehens und zwecks Umgehung vieler Widerstände, so wie als vielleicht unterstützend, eine andere Psychotherapie und dann gewöhnlich eine Hypnosenkur (vor einer Vertrauensperson der Patienten als Zeuge) verwendet; so besonders bei Schlafstörungen neben gelegentlicher Unterbringung der erwähnten „psychognostischen und kathartischen Fragen" und einer Hydrotherapie.

Dergleichen Verzicht auf Vollanalyse und Abweichen von der Regel, die Psychoanalyse nicht mit anderen Behandlungen zu verquicken, erscheint dem Autor auf dem Gebiete der Organneurosen gerechtfertigt. Dies, weil die Organneurosen nur selten akut bedrohlich sind und wenn, etwa wie bei einem Quinckeödem des Kehlkopfs, erst recht somatisch zu behandeln, und weil länger dauernde vegetative und Organneurosen ja Selbstwert und Lebensleistung der Betroffenen weit weniger herabsetzen als die großen Psychoneurosen und die betroffenen Pat. dabei meist nur „mehr minder hypochondrisch", resp. in anderer Richtung „nervös" erscheinen lassen. Dergleichen läßt nämlich den Aufwand an Zeit, Kraft und Geld einer von vornherein angesetzten großen Analyse nicht ohneweiters gerechtfertigt erscheinen. Und das gilt umsomehr, weil schon eine „Kurzanalyse" recht oft zum Ziele führt, welches Ziel hier nicht mehr bedeutet als die Behebung des beklagten Symptoms oder Syndroms. Gelegentlich leistet auch mal eine Hypnosenkur oder gar eine Suggestivtherapie allein das Gewünschte. Wir sind zwar seit wir die tiefgreifenden und von den Psychotherapien einer kausalen Behandlungsmethode am nächsten kommenden psychoanalytischen Methoden kennen gelernt haben, nicht sehr geneigt, statt der aufdeckenden solche zuschüttende Methoden zu üben. Im Gegensatz dazu bevorzugen die Kurpfuscher eine Methodik, welche großenteils auf dem „alten Zauber" der

Suggestion beruht. Nun kennen aber die Kurpfuscher ihre Leute und besonders die „Dummen“ besser, und dazu gehören für ihre Krankheit — aus psychoanalytisch verstehbaren Gründen — auch sonst sehr gescheite Psychopathen. So setzen die Kurpfuscher auf einen groben Klotz einen groben Keil, und haben gelegentlich damit auf unserem Gebiete überraschenden Erfolg, eben durch einen beliebigen „Stoß ins System“ im Sinne von E. Lieck („Das Wunder in der Medizin“).

In solch einer, man möchte sagen mephistophelischen, zugleich verzweifelten und ironisch-entrüsteten Anwandlung, griff der damals mit der Psychoanalyse noch wenig vertraute Autor vor vielen Jahren dem unstillbaren Erbrechen einer Hysterica gegenüber, welche sich schwanger glaubte (resp. vielmehr den Schwängerungsvorgang wünschte), zu einer suggestiven Überrumpelungstherapie. Die Pat. wurde nach nochmaliger gründlicher Untersuchung einigem „Vorbereitungszeremoniell“ unterworfen: „Erst richtig lagern!“, „besser beleuchten“ — trotz guten Tageslichts — von der elektrischen Taschenlampe in der Hand der Pflegerin der Lichtkegel auf die Magengegend der Pat. gerichtet. Nun scharfes Anspritzen durch den Autor mit einem Kelenstrahl bis zum Gefrieren auf den Magendruckpunkt der Pat. (funktionell, weil keine Pupillenerweiterung bei Druck dort) als Zentrum gerichtet, und in erst großen, dann immer kleiner werdenden Achtertouren, den Magendruckpunkt immer als Kreuzungspunkt der Linien beibehaltend, bis zum Gefrieren auch der aufgespritzten Linien. Zur eigenen Überraschung des Autors und vielleicht gerade durch die Überraschung der Pat. sistierte das Erbrechen mit Beendigung dieser feierlichen Prozedur prompt und für die Dauer. Diese ad hoc Methode wurde gelegentlich vom Autor und auch von anderen bei dieser Klinikszene anwesenden Kollegen in ähnlichen Fällen nicht ohne Erfolg wiederholt. Autor hat auch bei jede Nacht auftretendem Asthma bronchiale, wo Entfernung der Matratzen, Wechsel des Hotels etc. erfolglos geblieben war, dagegen erstmalig ein derbes Schlafmittel (absichtlich nichts von der ja auch sonst gelegentlich gegen Asthma wirksamen Morphingruppe beigemischt, um das Urteil nicht zu trüben) Schlaf und Übertauchen der Anfallszeit bewirkt hatte, für die nächste Zeit mit am Tage täglich ausgeführter Hypnose unter Auftrag, nachts ruhig zu schlafen und ruhig zu atmen, Erfolg gehabt.

Im allgemeinen aber und besonders dort, wo man nicht erwarten kann mit irgend einer psychotherapeutischen Methode kurzerhand zum Erfolg zu kommen und die im Vordergrunde der Beschwerden stehende Störung sozusagen aus dem Handgelenk zu beheben, wird man — und auch der psychotherapeutisch Eingestellte — gut daran tun: sich nicht auf reine Psychotherapie zu versteifen. So werden wir sehr häufig die Durchbrechung der symptomatischen oder ätiologischen Kette einer Organneurose von der somatischen Seite her und mit somatischen Mitteln zu versuchen haben, sei es systematisch, sei es mit einem Stoß ins System (hier etwa durch eine ergotrope Einwirkung, ja Reizkörpertherapie etc.). Es gibt auf unserem Gebiete und besonders am „somatischen Flügel“ der Neurosen (vegetative und Organneurosen), aber auch für die Psychoneurosen eine allgemeinmedizinische Tradition mit einem reichen Arsenal von Mitteln und Methoden. Dazu gehören die verschiedenen Sedativa, Tonica und Roborantia, hydriatische und elektrotherapeutische Behandlung, Klimawechsel, Trink- und Badekuren etc. Elektrisch etwa die alte Anodengalvanisation des Halssympathikus bei Basedow; Autor versuchte auch bei Or-

ganneurosen Anodengalvanisation der bekannten Headschen Hautzonen des betreffenden Organs. Ja oft ist bei den vegetativen und Organneurosen die somatische Therapie zum Beispiel eine diätetische oder balneologische am ehesten noch kausal, sei es im Sinne einer allgemeinen Konstitutionsumstimmung, hin zum vegetativen oder endokrinen Gleichgewicht und zur Behebung einer allergischen oder anderen Sensibilisierung eines bestimmten Organs oder eines Systems, sei es als lokalgemeinte Protoplasmaaktivierung oder ergotrope Wirkung, oder sonst wie direkt lokal angreifend, z. B. eine die Gastroptose stützende Bauchbinde.

Man wird sich also nach alldem hier Dargelegten wohl schwerlich entschließen, bei einer Tetanie, besonders einer akuten, primär eine Psychotherapie anzusetzen. Man wählt hier etwa eine endokrine Ersatztherapie (Parathyreoidea) und die Zufuhr von wirksamem Kalzium, Diätetik, Sedativa eventuell Klimawechsel. So sah Autor kürzlich bei einem Arbeitslosen mit schwerer Tetanie von nicht allzuviel Parathyreoideatabletten, die er dem Pat. aus seiner Handapotheke schenken konnte, Kalziumzufuhr als Rudolfsquelle, reichlich Salmiakzeltchen und geriebenen rohen Karotten, wegen etwaigen Chlormangels gesalzen, schnellen Erfolg. Im allgemeinen führen wir auch die Behandlung des Quinckeödems, resp. der Neigung dazu, sowie der verwandten Urtikaria und der Migräne hauptsächlich somatisch. Und doch hat sowohl bei Tetanie und Spasmophilie, wie auch beim Quinckeödem und der Urtikaria, sowie bei der Migräne, psychische Beruhigung, medikamentös, psychisch und durch Ausschaltung erregender, besonders familiärer und Berufssitutationen sichtlich Einfluß. Noch mehr davon hat die psychische Beruhigung bei Epilepsie, bei Chorea und erst recht bei der Migräne; dies obzwar die Epilepsie und die Chorea uns gewiß organischer, jedenfalls zerebral lokalisierbarer erscheinen als die Tetanie, wenn auch Autor 1918 Tetanie bei Postenzephalitikern beobachten konnte, während uns die Migräne immer noch funktioneller anmutet als diese alle, ob man der Migräne nun Gefäßspasmen oder Liquorstauung oder ödematöse Schwellung der Hirnhäute oder Quellungsvorgänge im Gehirn zugrunde legen will.

Wir dürfen eben hier wie überhaupt in der Behandlung der vegetativen Störungen und Organneurosen zwar aus unseren theoretischen Anschauungen über die Krankheitsbilder resp. Syndrome und deren Ätiologien Richtungshinweise für die Behandlung ziehen, andrerseits aber mögen wir uns durch die theoretischen Feststellungen oder Vermutungen einer groborganischen Natur der Grunderkrankung keineswegs prinzipiell von diesem oder jenem Vorgehen — auch von einem psychotherapeutischen nicht — abschrecken lassen. Man denke nur an die hypnotische resp. posthypnotische Beeinflußbarkeit der schweren Schlafstörung bei Schädigung des Schlafzentrums in postenzephalitischen Zuständen (durch Autor, unveröffentlicht), wie an die Veröffentlichung von J. Reinhold über Besserung von Schrift und Gang solcher Pat. in der und im Anschluß an die Hypnose. Man lege sich eben nirgendwo, und in unserem Gebiete erst recht nicht, darauf fest, unbedingt gerade mit einer kausalen Therapie beginnen zu wollen. In diesem Sinne ist auch die grobe Detaillierung des Autors in seinen Bemerkungen aus 1933 erweitert aufzufassen: Was offensichtlich psychogene Züge trägt, sei zuerst psychisch anzugehen, was psychisch und somatisch ganz unverständlich scheint, psy-

choanalytisch oder ähnlich (weil man dann eben damit die hier meist recht tief sitzenden und versteckten Komplexbeziehungen der Symptome zu fassen bekommt); was dazwischen liegt in erster Linie somatisch, und dann weiterhin mit Arbeitstherapie und psychopädagogisch. Es handelt sich darüber hinaus, eben entsprechend der mehrdimensionalen Struktur (von K. Birnbaum für die Psychosen ausgearbeitet) auch unserer Syndrome und entsprechend ihrem polygenetischen Verhalten, meist um eine mehrdimensionale, nach mehreren Seiten hin gerichtete Behandlung der Organneurosen und vegetativen Störungen. Diesem Ziele dient in allen nicht rasch zu behebenden Fällen, auch bei denen, welche irgend einer Psychotherapie oder gar längerer Psychoanalyse unterzogen werden, nach des Autors Erfahrungen, vor allem ein als fixeres Gerüst aufzustellender somatischer Kurplan, in welchen die Psychotherapie elastisch eingefügt und eingegliedert wird. Als solches Gerüst dient uns eine Allgemeinbehandlung, sedativ, tonisierend, umstimmend etc., und oft daneben eine direkte Organbehandlung wie in der inneren Medizin. Nur dort, wo die hypochondrische Aufmerksamkeit der Pat. (Hätschelung oder Besorgnis, meist beides) einem bestimmten Organ zugewendet bleibt (Herz, Magen), soll sie nicht durch die Behandlung noch mehr hingelenkt oder festgehalten werden. Daher vermeiden wir bei Herzneurosen möglichst die auch in Laienkreisen als Herzmittel bekannten Medikamente (sie tun auch meist nicht gut), und ersetzen sie unter betontem Hinweis darauf durch Nervenberuhigungsmittel; bei nervösen Magenstörungen vermeiden wir allzu strenge, besonders allzu blande Diät (auch sie tut meist nicht gut, schwächt und steigert so die nervöse Erregbarkeit, wie auch der Hunger); hier nützt die Äußerung „Sie können fast alles essen, außer das, was erfahrungsgemäß Sodbrennen macht und aufbläht"; es folgt nun die Vormerkung dieser Speisen und darunter auch dessen, was man nun larviert trotz der psychotherapeutischen Äußerung verboten wissen will.

Im allgemeinen gilt für jede Therapie der Grundsatz „helfe, was helfen kann"; was hilft, entscheiden Theorie und Praxis zusammen. Bei den Organneurosen gelte uns deswegen und gerade im Hinblick auf die aus dem polygenetischen Verhalten derselben sich zusammenschließende Kette, welche den Pat. drückt, hemmt oder erregt, als erste Aufgabe: nicht unbedingt gleich eine kausale Therapie zu finden, sondern diese Kette irgendwo und irgendwie zu durchbrechen. Dort, wo man ein Glied dieser Kette als psychogen durchschaut, oder wo man gar nichts durchschaut, versuche man es mit einer vorsichtigen Analyse nebst anderer Therapie, sonst wo und wie es eben geht und mit dem, was der Therapeut am besten beherrscht.

Oesophagus-Neurosen

Von

Univ.-Prof. Dr. Arthur Kronfeld in Berlin

Auch der erfahrene Psychotherapeut wird diese Neurosen nicht oft zu sehen bekommen. Auf Grund der wenigen, bisher von mir beobachteten Fälle möchte ich klinisch-deskriptiv unterscheiden

1. eine sensibel-hyperalgetische Form,
2. eine reflektorisch-spastische Form.

Natürlich können beide ineinander übergehen, resp. sich miteinander verbinden. Für beide gilt das Grundgesetz aller Organneurosen, das von Adler so genannte Gesetz des körperlichen Entgegenkommens. Der Umfang und die Substruktion dieses körperlichen Entgegenkommens ist fallweise ganz verschieden gestaltet. Bei der spastischen Form („Oesophagospasmus") kann die Neurose sich einer lokalen Störung superponieren; aber das ist für meinen Beobachtungskreis nicht durch Fälle belegbar: wo eine solche lokale Störung bestand, da bildete sich über ihr stets die sensibel-hyperalgetische Form der Oesophagusneurose heraus. Beim eigentlichen reflektorischen Spasmus oesophagi sah ich einen Fall mit Colitis mucosa verschwistert, mit Eosinophilie — also ein typisch „vagotonisch"-allergisches Konstitutionsbild mit den üblichen vegetativen Spasmen. Das ist natürlich zur Erklärung des Oesophagospasmus in keiner Weise hinreichend; es bestimmt ja nicht die Ursachen dieser seltsamen Lokalisation.

Bei den hyperalgetisch-sensiblen Fällen ist die Lokalisierung durch örtliche somatogene Reizzustände schon plausibler. Ein „Hängenbleiben" in dem Begleitschmerz eines abgeheilten Ulcus an der Cardia, eine „In-Regie-Nahme" (Heyer) von Schluckschmerzen nach Hals- und Rachenaffektionen, endlich Verätzungsnarben, wenn bei einem Selbstmordversuch Sublimat oder Lysol getrunken worden ist — das sind typische Weisen des „körperlichen Entgegenkommens". (Der Psychotherapeut tut gut daran, darnach zu forschen, warum im letztgenannten Fall der Selbstmordversuch gerade durch Trinken erfolgte. Er wird dann zugleich eine Ursache der Oesophagusneurose selber auffinden: die Ambivalenz des Schluckens und der „Einverleibung" — und die Gründe dieser Ambivalenz.) Die Verhaftung der Neurose mit solchen somatischen Ausgangspunkten sagt uns also nichts Neues; sie gleicht darin völlig z. B. den postulzerösen Magenneurosen und grundsätzlich dem Bau der sog. Organneurosen überhaupt. Und sie bietet auch diagnostisch die gleiche, bisweilen unbehebbare Schwierigkeit, das neurotische und das somatogene Moment in der Struktur der Funktionsstörung gegeneinander abzugrenzen.

Letzteres gilt ganz besonders von der hyperalgetischen Form. Obwohl wir immer von „hysterischen Schmerzen" sprechen, so sind wir doch weniger geneigt geworden, an einen rein psychischen Funktionsschmerz ohne jeden körperlichen Ausgangspunkt zu glauben. Im hysterischen

„Globus“ haben wir eine Verbindung sensibler und spastischer Momente vor uns; eine Verbindung, die einen gewissen Ausdruckswert hat, ähnlich wie die Erstickungsangst; aber dieses rein psychogen imponierende Symptom ist nicht etwa markant oder auch nur gewöhnlich bei Oesophagusneurosen. Deren Schluckschmerz hat etwas viel Elementareres, Eindeutigeres: der Schluckakt schmerzt, sonst nichts; keine Mißempfindung sonstiger Art braucht sich geltend zu machen. Der Schmerz beginnt mit dem Schluckakt und zieht sich dann meist „brennend“ bis hinter den Schwertfortsatz des Brustbeins herunter; hier bleibt er eine Zeit lang „stehen“. So etwas sieht doch zunächst sehr organisch aus; man mißtraut unwillkürlich der diagnostischen Kunst des Internisten, der nichts dergleichen findet. Der Gedanke an einen Prozeß im Mediastinum läßt einem keine Ruhe. Ähnlich markant und eindeutig ist das Syndrom beim Oesophagospasmus. Das Oesophagoskop — oder die Sonde — findet den Krampf, einen wirklichen schweren Krampf, immer an der gleichen Stelle: in der Mehrzahl meiner Fälle an der oberen Mündung am Pharynx; aber in einem meiner Fälle nur und ausschließlich an der Cardia. Und dies bei strikter körperlicher Monosymptomatik! Nun leidet die Ernährung enorm; die Patienten sind körperlich meist schwer heruntergekommen — und da steht der Psychotherapeut, mit dem Wissen darum, daß seine Hilfe erst in Wochen oder Monaten wirksam zu werden vermag; über seine Schulter lugt ironisch der überweisende interne Kliniker, der mit Spasmolytika, mit Diathermie, mit Diät an dem Fall gescheitert ist, und erwartet nun von der „magischen Allmacht“ des Psychotherapeuten, daß er den Kampf mit dem verfallenden Zustand des Kranken rasch zum Siege wende. Und wir sind — diesem Bilde, dieser „schein-organischen Panzerung“ der Neurose — und diesem Gesamtzustande gegenüber unsicher, je rascher die Hilfe des Arztes wirksam werden muß. Denn so sieht es, quoad Organneurosen, in der Praxis eben aus. Hier herrscht nicht jene „zeitlose“ Verinnerlichung, wie in der Psychoanalyse einer Zwangsneurose oder Charakteranomalie. Und wir geben uns in unsern Publikationen viel zu selten darüber Rechenschaft, wie oft und in wie verzwickten Formen uns die Praxis vor solche Aufgaben stellt, in Situationen, die dem Wesen unserer analytischen Disziplin vollständig ungemäß sind.

Nur zwei Beispiele: Ich werde zu einer Frau mit Bauchschmerzen gerufen. Frühere Diagnose: Ulcus. Chirurgische Therapie. Zweimal operiert; Gastroenterostomie; dann Billrothsche Resektion. Die Bauchschmerzen bleiben; die Frau verfällt dem Morphin; ich stehe vor einem kachektischen Menschen. Der überweisende Arzt sagt: „total hysterisch!“ und nun soll ich „durch Suggestion“ die Bauchschmerzen beseitigen. — Oder: Eine junge Frau erkrankt an eitriger Colitis; jahrelang. In drei Operationen wird 1¼ m Dickdarm reseziert. Nun schießt die Nahrung durch den Dünndarm in den Anus praetenaturalis. Kachexie; „daß sie weiterlebt, ist ein Wunder“. In einer neuen Operation wird Dünndarm und Sigma verbunden. Jetzt jagen die Ingesta zwar wieder durch die natürliche Öffnung aus dem Leibe, aber dutzende von Malen; schwere Tenesmen. Narkomanie. Ich werde ins Krankenhaus

geholt: „wir wissen nicht, was wir noch gegen die Tenesmen machen sollen; vielleicht daß ein paar Wochen Psychotherapie helfen?" Beide Kranke waren tatsächlich schwere Neurotikerinnen; bei beiden war das Symptom in psychogene Regie genommen; die Indikation zur Psychotherapie war an sich ganz richtig. Nur klaffte eine Kluft zwischen dem Zeitfaktor der psychotherapeutischen Erfolgsmöglichkeit und dem Gesamtzustand der Kranken.

Was macht der Psychotherapeut in einer derartigen Lage? Das Leiden des Kranken verbietet es, die Behandlung abzulehnen, die ja an sich durchaus adäquat ist. Die Umstände aber sind so, daß Gefahr im Verzuge ist. Ich gehöre nicht zu jenen schnellberuhigten Ärzten, die davon überzeugt sind, daß man „an einer Neurose nicht sterben könne" — schon weil ich das Gegenteil mehrfach gesehen habe. (Aber das wäre ein anderes Thema.) In solchen Fällen nehme ich, rein aus meinen Erfahrungen, folgenden Standpunkt ein: Zuerst muß man akut und selbst gewalttätig das Symptom zerbrechen — gleichviel wie. Ist das Symptom akut zerbrochen — und damit der neurotische „Wille" zu seiner Produktion wehrlos geworden: so ergibt sich eine analysable Situation im Verhältnis Kranker - Arzt und Kranker - Symptom. An diese kann die analytische Therapie in Ruhe anknüpfen. Taucht das Symptom wieder auf, so wird es sofort wieder zerbrochen.

Wie das Symptom zerbrochen wird, das ist nach Art und Schwere von Krankheit und Fall verschieden. Wichtig ist nur, daß es akut und überwältigend geschieht. Im Falle der Oesophagusneurosen haben wir dies dank Starck besonders leicht: die chirurgische Dehnung ist hier die Methode der Wahl. Ich verweise auf Starcks Arbeiten hierzu und habe, wie ich diesem großen ärztlichen Meister bestätigen kann, noch keinen Versager — und nur ein einziges Mal den schwächlichen Versuch eines Rückfalls gesehen. Letzteren koupierte ich kurz durch die Bemerkung: Wir machen jetzt Diathermie; verschwindet dann der Krampf nicht, so wiederholen wir die Operation.

Es ist selbstverständlich, daß solche schwere Fälle im Krankenhause, auf der chirurgischen oder internen Station, von der zuständigen somatisch-chirurgischen Autorität diesen „ersten Akt" erleben. Und doch ist sein Sinn ein psychotherapeutischer! Der Psychotherapeut wird ja in solchen Fällen in der Regel in die Klinik gerufen. Die „Zweizeitigkeit" des Verfahrens hat ihre Analogie in der Entziehungsbehandlung der Alkaloidsüchtigen: erst erfolgt das „Zerbrechen" des Suchtsyndroms (Anstalt, Fünftageschlaf, Absetzung des Narkotikums, Entziehungszeit); daran schließt sich dann „in Ruhe" die Psychotherapie des Süchtigseins. Der fest eingeschliffene „Mechanismus" des Oesophagusspasmus — bis zur Lebensbedrohung — dieser „versteinerte Leerlauf" (Kretschmer), der bisweilen gar nichts Aktualles mehr „bedeutet", sondern sich fast automatisiert und „depsychologisiert" hat, ist noch eine härtere Nuß als eine Sucht.

Es gibt leichtere Fälle — d. h. Fälle, die der Psychotherapeut bereits zu

sehen bekommt, wenn alles dies sich noch nicht so zugespitzt hat. Aber das ist selten! So lange ein solcher Fall noch „leicht“ ist, glaubt ja in der Regel der Internist oder Praktiker, selber mit ihm fertig werden zu können. Der Psychotherapeut ist sozusagen die ultima ratio medici. Der Skepsis, mit der der Arzt ihn dann um „Suggestion“ am Kranken bittet, steht insgeheimer magischer Glaube an diese „Teufelskunst“ gegenüber, die auf unbekannten Wegen psychophysische Zusammenhänge, an denen der Arzt scheitert, aufzuheben vermag. Dagegen muß man sich wehren.

Das „Zerbrechen“ von Symptomen ist immer möglich. Von der sanftesten Form der Medikamente, der Suggestionstherapie in leichten und geeigneten Fällen an bis zur Überweisung in die geschlossene Anstalt, zum mehrtägigen Dämmerschlaf, zur Starckschen Dehnung ist jedes Mittel recht. Der Psychotherapeut führt diese Maßnahmen — mit Ausnahme der Suggestionstherapie — nicht selbst durch, aber er veranlaßt sie und übernimmt ihre Verantwortung im Rahmen der Gesamttherapie.

Ist das Symptom erstmalig zerbrochen, hat die neurotische Produktion des Kranken ihre Schranke gefunden, ist der automatische Ablauf der Fehlfunktion gesprengt: dann kann man paktieren. Dann beginnt die psychotherapeutische Arbeit. Auch während ihrer Dauer ist gerade bei Oesophagusneurosen (die darin allen Organneurosen gleichen) die Psychotherapie nur im Rahmen einer Gesamttherapie vollziehbar. Hebung des schlechten Ernährungszustandes, Auswahl der Speisen, Diathermie oder Kurzwellendiathermie der hyperalgetischen Zone, Gleitmittel und Spasmolytika sind nicht zu vernachlässigen.

Was ergibt nun die Psychotherapie hinsichtlich dieser Organneurose? Ich kann hier naturgemäß nur von meinen eignen Erfahrungen berichten; andre Forscher mögen dieselben ergänzend erweitern. Und ich will alles „Überflüssige“, d. h. aus der analytischen Therapie auch sonst bekannte, zugunsten des Spezifischen fortlassen. Versuche ich unter diesen Gesichtspunkten das Wesentliche an meinen Fällen zusammenzufassen, so ist es folgendes:

Im Vordergrunde steht die nicht bloß symbolische, sondern ganz direkte, wenn auch als solche nicht bewußte Abwehr der Einverleibung. Insofern steht der Ausdruckssinn dieser Neurosengruppe demjenigen der psychischen Anorexie und demjenigen des psychogenen Erbrechens nahe. Gegen beide besteht ein Unterschied: bei der Anorexie „will“ der Kranke „von vorne herein“ die Einverleibung nicht; beim Erbrechen hatte er sie gewollt und macht sie im Symptom rückgängig; er sühnt darin den begangenen Verstoß, er reinigt und befreit sein „Inneres“ von dem „schuldigen“ Triebe, dem er gefolgt war. Im Oesophagospasmus besteht die Gleichzeitigkeit beider Regungen: er „will“ (von der Ratio unterstützt) und will „im letzten Moment“ doch nicht — Analogie zur Ejaculatio praecox. Wir wissen — zuletzt noch durch Kafkas experimentelle Ekel-Studie, um die Ambivalenz jeder „Intussuszeption“. Der Oesophagus repräsentiert im Verlauf

des gesamten Ernährungstraktus eine besondere symbolische Bedeutung: er ist diejenige Zone unseres „Innern", bei der die Willkürbeherrschung eben gerade fraglich geworden ist. Aus dem Munde, aus dem Schlunde können wir noch willkürlich entfernen, was wir nicht in uns hineinnehmen wollen. Im Magen ist das Eingedrungene bereits ein Teil unseres „Innern"; wir entledigen uns eines Stückes von uns selbst, wenn wir uns seines Inhalts entledigen. (Daher gerade der Mageninhalt uns so besonders „ekelhaft", d. h. fremd und vom Ich verneint, erscheint, wenn wir ihn außerhalb des Körpers vor uns sehen: wir haben etwas Verabscheuenswürdiges aus uns ausgestoßen, und da ist es nun vor uns.) Im Oesophagus haben wir bereits fast nachgegeben und den „Feind" eingelassen, den wir insgeheim begehren — und doch noch nicht ganz; es gibt noch einen allerletzten Moment, der schon beinahe nicht mehr bei uns selber steht: das ist der Krampf. In diesem Hasard, in dieser Konfrontation des Wollens mit dem Fatum, in diesem Wollen — und zugleich Nichtwollen des „Besitzes", gleicht der Oesophagusneurotiker dem Glücksspieler. Er wagt (unter dem rationalen Vorwande der Ernährung) den Vorstoß bis zum letzten — das aber eben doch noch gerade nicht eintritt. (Ich hatte einmal einen Kokainisten zu behandeln, einen Kollegen, dessen größter Lustgewinn darin bestand, sich das Kokain intravenös zu injizieren — in solcher Menge, daß er gerade eben am Tode vorbeikam: das Wagnis des Kollapses, die Empfindungen seines Herannahens, waren die Hasardlust. Es gibt noch keine Analyse des Glücksspielers.)

Analytisch ist ohne weiteres deutlich, daß diese besonders heftige Ambivalenz der Einverleibung auf verschiedene Stufen der frühkindlichen Entwicklung regrediert. Die orale Libido, die da trotz heftigster Verdrängung bestehen geblieben ist, führt uns auf bekannte analytische Gedankengänge. Zugleich aber sehen wir beim weiblichen Geschlechte auch die Verlegung einer genitalen Hemmung in diese regressive Sphäre, wodurch dann die genitale Libido freigesetzt und normal möglich wird.

Das Problem des Ekels ist im Vordergrunde der Analyse derartiger Fälle. Diese Kranken empfinden keinen Ekel; sie wollen einverleiben. Ihr Symptom ist eine Bestrafung für den Verstoß gegen die (verdrängte) Ekelschranke. Im Ekel ist Hemmung und „Versuchung" zugleich. Die Kranken sind wie Spieler, die „versuchen" ihr „Glück" — und im Grunde „wollen" sie verlieren — und wissen das auch halbbewußt. Hier kommt ein Stück masochistischer Unterwerfung unter das „Fatum" der Überichstruktur heraus — wie bei jedem Spieler. Die „Strafe" ist der Tod, nämlich der Selbstmord — im wirklichen Sinne dieses Wortes. Wie der Spieler mit dem Selbstmord spielt, nämlich als dem Ausweg, der ihm noch offenbleibt, wenn er verliert (was er ja „will", obgleich er sich vorredet, er wolle und werde „diesmal" gewinnen): so der Oesophagusneurotiker, der es „riskiert", doch zu trinken und zu schlucken, obgleich die Strafe der „Erstickung" darauf steht. „Diesmal" wird es gehen — er nimmt mit der Lust der Selbstvernich-

tung in sich hinein, wovor ihm nach der Forderung seines Überich eigentlich ekeln müßte — und nun kommt der Hasardmoment zwischen Tod und Leben, der Krampf, die Erstickung, die Rache des Schicksals.

Der Sinn des Ekels ist natürlich in der infantilen Vorgeschichte leicht ermittelbar und führt nur auf bereits bekannte analytische Tatsachen. Träume beachten! Hier ist das weitschichtigste Stück der Analyse gelegen. Aber man soll die Entdeckungen der Psychoanalyse nicht in jeder Arbeit wiederholen.

Über Sexualstörungen

(Ein Beitrag zum Problem psychotherapeutischer Indikationsstellung)

Von

Privatdozent Dr. Oswald Schwarz in Wien

Wenn ich zu dem schon so viel behandelten Thema der Sexualstörungen heute wieder das Wort ergreife, so geschieht es nicht nur, weil diese Erkrankungen als Organstörungen dem in diesem Hefte zur Diskussion gestellten Thema „Organneurosen" angehören, sondern weil sich gerade in diesen so häufigen psychogenen Organstörungen das vielleicht aktuellste Problem der Psychotherapie am zweckmäßigsten erörtern läßt: die Frage nämlich, welche psychotherapeutische Methode man in einem konkreten Falle wählen soll. Unter Psychotherapie ist hier nur die große oder systematische Psychotherapie gemeint, so daß die Frage also eigentlich zu lauten hätte: Psychoanalyse (jeder Art) oder Individualpsychologie?[1]). In der Praxis entscheidet sich diese Frage entweder automatisch durch die Spezialausbildung des gewählten Psychotherapeuten oder mehr zufällig durch persönliche Vorliebe des Patienten, resp. des zuweisenden Arztes. Für jeden außerhalb dieser beiden Schulverbände stehenden Psychotherapeuten wird aber die Frage heute immer dringlicher, ob nicht trotz — oder vielleicht gerade wegen — der großen diesem Unternehmen entgegenstehenden Schwierigkeiten endlich die Abrundung der Psychotherapie als Wissenschaft es gebieterisch verlange, auch auf diesem, wie auf jedem anderen medizinischen Gebiete, endlich zu einer sachbegründeten Indikationsstellung zu gelangen. Eine so bedeutungsvolle Frage kann natürlich nicht in einem mehr dem festlichen Charakter der Eröffnung einer neuen Zeitschrift Rechnung tragenden Aufsatz gelöst werden, es soll diesmal nur darauf hingewiesen

[1]) Mit dieser Formulierung soll keineswegs die gesamte Psychotherapie auf diese zwei Behandlungsarten eingeschränkt werden und am allerwenigsten auf die schulmäßige Bindung an diese zwei Systeme. Aber so freizügig und individuell gefärbt eine konkrete Behandlung auch immer geführt sein mag — den Anspruch eine systematische zu sein, kann sie nur mit Recht erheben, soferne sie sich um eine der beiden Theorien als ihren Kern gruppiert.

werden, daß ein solcher Versuch heute schon als ein berechtigtes Unternehmen und nicht mehr als ein fragwürdiges Unterfangen gewertet werden kann.

Die Schwierigkeit besteht wohl hauptsächlich darin, daß es sich nicht nur um eine Entscheidung zwischen resp. Vereinigung von zwei therapeutischen Methoden handelt, sondern jener weltanschaulichen Grundanschauungen über das Wesen der menschlichen Existenz, aus denen diese Methoden erwachsen sind: Worin man nämlich jenen Sinn des Lebens sehen will, den der Patient in seinem Kranksein verfehlt. Ich meine nun, daß eine solche Zuordnung von Psychoanalyse und Individualpsychologie nicht nur möglich ist, sondern daß sie wesensmäßig immer schon bestanden hat und von jedem gesehen werden kann, soferne man sich nur an den Logos der beiden Theorien hält und sich nicht immer sklavisch an die traditionellen Antithesen, wie kausal-final, individualistisch-soziologisch, triebhaft-sinnhaft usw. klammert. Diese Differenzen bestehen ja gewiß zurecht, sie sind aber nur von ganz peripherer Bedeutung gegenüber der Tatsache, daß beide Theorien das zentrale Problem der menschlichen Existenz in ganz der gleichen Forderung sehen: nämlich in der Stellung des Einzelnen zu einem übergeordneten Allgemeinen. Dieses Allgemeine erscheint nun in unserem Leben in zwei Ausformungen: erstens als jener magische Urgrund unserer Existenz, in dem jedes Mit-einander-sein ein noch ungegliedertes In-einander-sein bedeutet, und das wir als letzten Überrest einer ursprünglich magischen (matriarchalen) Existenz zunächst noch in der Kind-Mutter-Beziehung erleben; Sinn der frühkindlichen Entwicklung ist es nun, uns aus diesem Zustand unspezifizierten Zugehörens herauslösen zu lassen in eine Welt, die bereits in Ich-Dubeziehungen ausgegliedert ist, und in der wir als Einzelne freigeworden sind zur Entscheidung des Angehörens. Dieses Problem hat Freud gesehen, und als die Bedingung der Möglichkeit eines abnormalen Lebens erkannte er eine ungenügende Loslösung aus diesem Verschmolzensein, oder in seiner Sprache ausgedrückt: als eine ungenügende Überwindung präödipaler und ödipaler Fixationen. In der Ödipussituation nämlich tritt das (männliche) Kind zum erstenmal als ein Ich der Mutter als einem Du gegenüber, und daher bedeutet die Ödipussituation den Abschluß der Kindheit und ihre Überwindung ergibt die Bedingung der Möglichkeit des gereiften Menschseins. Ist diese Fixation aber eine zu intensive, dann erlangt ein solcher Mensch nie die Freiheit zu sich selbst, um einem anderen angehören zu können.

Zweitens stellt sich dieses Allgemeine in einer höheren Schichte dar in Gestalt der bereits ausdifferenzierten zwischenmenschlichen Beziehungen der menschlichen Gemeinschaft. Der Mensch tritt nicht erst zu einem mehr weniger zufälligen Zeitpunkt seines Lebens mittels irgend eines expliziten Entschlusses in die Gemeinschaft ein, sondern er gehört ihr vom ersten Augenblick seines Lebens bereits ebenso, wie jener magischen Welt an; sein entschlußhaftes Zutun besteht nur darin, daß er sich zu ihr auch bekennt.

Der Sinn der Entwicklung in dieser Schichte ist es nun, sich aus der Behütung mütterlicher Obsorge herauszulösen in ein Eigendasein innerhalb einer menschlichen Mitwelt, die in Wert- und Rangordnungen ausgegliedert ist, und in die sich der Einzelne kraft seines Selbstwertgefühles einfügt in frei gewollter Mitgliedschaft. Dieses Problem hat Adler gesehen, und als die Bedingung der Möglichkeit eines abnormen Lebens erkannte er eine mangelhafte Vorbereitung für die Aufgaben des Gemeinschaftserlebens infolge unglücklicher Konstellationen in dem elterlichen Milieu. Dadurch entsteht ein verzögertes oder überstürztes Herauslösen aus der Familiengemeinschaft aus Überempfindlichkeit gegen die natürliche Rangordnung jeder menschlichen Gemeinschaft, und eine Erschwerung der Einfügung in jede Art menschlichen Verbundenseins.

Beide Theorien halten also für die Grundlage der Neurose, als der Erkrankung des Menschseins, eine Unfähigkeit zur Hingabe, zur sexuellen sowie zur sozialen, und betrachten als deren Ursache Anomalien der Strukturen unserer frühkindlichen Existenz. Der letzte Zweifel an der Identität des Logos der beiden Lehren muß aber verschwinden, wenn man sich die völlige Gleichheit ihrer dialektischen Struktur vergegenwärtigt. Sie lautet: Man muß die Mutterhaftigkeit tief genossen und in ihr gelebt haben, um frei zu werden für die Hingabe an eine andere Frau; und je tiefer ein Mensch in der Atmosphäre des Elternhauses geatmet hat, umso selbstsicherer fügt er sich später in jede andere Gemeinschaft [1]).

Wir können also als erstes Ergebnis festhalten, daß sich im normalen und damit natürlich auch im neurotisch verfehlten Leben eine Grundproblematik des menschlichen Daseins in zwei Schichten dieses Daseins darstellt. Es fragt sich weiters, ob in jedem Einzelfall die Neurose durch beide dieser Schichten durchgreift? Ich persönlich möchte das nicht bezweifeln, ja als geradezu notwendig postulieren. Denn die Mutterbeziehung erschließt dem Individuum überhaupt erst die Welt, gibt ihm Dasein, und nur wer das zuvörderst hat, kann erwarten, in der Welt einen bestimmt definierten Platz, also Geltung, zu haben [2]). Jede Geltungsproblematik geht notwendig auf Seinsproblematik zurück. Oder konkreter gesprochen: Jede Mutter, die das Kind schlecht erzieht, hat auch in der Triebschicht gesündigt. Dies auch zugegeben, muß aber jetzt gefragt werden, ob nicht doch im Einzelfall die Anomalien in diesen beiden Schichten eine sehr verschiedene pathogene Bedeutung besitzen: Es können die Störungen in der Triebschicht so schwere sein, daß die der Geltungsproblematik dagegen

---

[1]) Ausführlicher bin ich auf diese Frage eingegangen in meinem Buche „Sexualität und Persönlichkeit", das demnächst im gleichen Verlage erscheinen wird.

[2]) Der in der modernen philosophischen Terminologie bewanderte Leser wird bemerken, daß hier ein Aufeinanderbezogensein dieser beiden Existenzformen gemeint ist, analog wie in Begriffspaaren: weltlich-innerweltlich, Vorhandenheit-Zuhandenheit, Existenzial-Kategorie u. ä.

garnicht in Frage kommen; oder umgekehrt können schon relativ unwesentliche Störungen der Triebfundamente außerordentlichen Schwankungen in der Wertsphäre zugeordnet sein. Ich gebrauche absichtlich diese vorsichtige Formulierung, weil hier von einer unmittelbaren und einfachen Verursachung der einen Störung durch die andere gewiß keine Rede sein kann. Im Gegenteil, diese ganzen Bemühungen um eine Differentialdiagnose und Indikationsstellung haben ja überhaupt nur einen Sinn, wenn man die Eigengesetzlichkeit und Eigenmächtigkeit der Geist-Wert-Sphäre anerkennt und damit auch die Möglichkeit der weitgehend selbständigen Anomalien innerhalb ihrer selbst. Und nicht zuletzt ist mit dieser Auffassung gleichzeitig der Einwand widerlegt, eine Behandlung in dieser Schichte habe höchstens symptomatischen Charakter und keinen bleibenden Wert. Mit demselben Unrecht müßte man die ganze Psychotherapie als symptomatische Behandlung bezeichnen, da es doch nicht bezweifelt werden kann, daß der Neurose ein kompliziertes System konstitutioneller Anomalien zugrundeliegt — oder unverbindlicher gesagt: ihr „zugeordnet" ist.

Bezüglich der Sexualstörungen, zumal des Mannes, habe ich nun den Eindruck gewonnen, daß sie zum allergrößten Teil in der Geltungsschicht ihre aktuellen Bedingungen haben, so daß ihre Behandlung nach individualpsychologischen Gesichtspunkten meistens zu einem befriedigenden Ergebnis führt. Nur in der Minderzahl der Fälle war ich genötigt, noch tiefer vorzustoßen, d. h. analytischen Gesetzmäßigkeiten und Forderungen Rechnung zu tragen. Andererseits gibt es Patienten, die — auch ohne daß sie literarisch vorgebildet sind — die Behandlung sofort in die analytische Sphäre drängen. Ich habe es mir jetzt zur Regel gemacht, hier wie auch sonst in meiner ärztlichen Tätigkeit, mich weitestgehend der Führung des Patienten anzupassen. Und nun möchte ich ganz kurz an einem Falle zeigen, wie sicher diese Führung gelegentlich funktioniert.

Ein 28jähriger Mann kommt mit der Klage, daß er noch nie koitiert habe: Es stellt sich rasch heraus, daß wie so oft auch hier der Vater den ungünstigsten Einfluß auf den Sohn genommen hatte und noch immer nimmt, nach der sehr prägnanten Darstellung des Patienten: „Mein Vater verlangt, daß ich ihm gegenüber ein Kind und anderen gegenüber ein Mann sei." Besonders alle Versuche seines Sohnes, sich sexuell zu ermannen, weiß er mit allem Raffinement, über das solche Väter zu verfügen pflegen, zu unterbinden. In das Zentrum, oder noch besser gesagt, an den Anfang seines Ringens mit dem Vater um Selbständigkeit und Selbstwert stellt der Patient folgende Szene: Als kleiner Bub machte es ihm die größte Freude, Gäste seiner Eltern mit Spässen, Kunstfertigkeiten und kleinen improvisierten theatralischen Vorführungen zu unterhalten. Eines Tages fuhr ihn der Vater bei einer solchen Gelegenheit schroff an: „Du solltest dich doch schämen, dich vor den Leuten so bloßzustellen, indem du ihnen den Wurschtl machst!"[1])

Die Behandlung, die ich im wesentlichen in freiem Stil nach individualpsychologischen Grundsätzen führte, dauerte 6 Wochen im Mai und Juni. Im Oktober kam der Patient wieder und teilte mit: er verkehre jetzt mit Prostituierten ohne jede

[1]) „Wurschtl" ist in Wien eine etwas herabsetzende Bezeichnung für „Spaßmacher".

Schwierigkeit mit großem Genuß und einer sehr anerkennenswerten Potenz. Im Dezember besuchte er mich wieder: „Diese Stufe“ (gemeint ist der Prostituiertenverkehr) betrachte er als „erledigt“. Die Sexualität habe sich „automatisiert“ und sei von seinen sonstigen Lebensproblemen völlig losgelöst. Doch werde er jetzt nach einem solchen Koitus oft sehr deprimiert: Vielleicht hänge das damit zusammen, daß das Koitieren für ihn jetzt schon etwas so Selbstverständliches und Notwendiges geworden sei wie das Atmen, wodurch er dieser Art Frauen „ganz objektlos“ gegenübersteht; er meinte damit, daß er sie nur wie Dinge resp. wie Mittel zu einer Bedürfnisbefriedigung empfinde, nicht aber als Objekte, richtiger gesagt als „Partner“ einer menschlichen Beziehung. Über diese Haltung komme er trotz ständiger Versuche aber nicht hinaus.

Ende April nächsten Jahres kam der junge Mann, diesmal in höchster Erregung, wieder und berichtete folgendes Erlebnis: Heute Vormittag, mitten in einer geschäftlichen Konferenz, überfiel ihn plötzlich der Zwang, sich an etwas erinnern zu müssen, das vergessen zu haben, für ihn von größter Bedeutung sei. Er habe im Anschluß daran einen regelrechten Angstanfall erlitten, so daß er das Klosett aufsuchen mußte, um zu erbrechen. Jetzt, wo er bei mir sitze, habe er eine Vision: „Er halte eine Tulpe oben bei der Blüte mit der Hand zu, so daß sie sich nicht entfalten konnte; es wäre ihm geholfen, wenn er sie tiefer unten beim Stengel fassen würde.“ Der Patient deutet das sofort, daß die bisherige Behandlung (trotz ihres großen Erfolges hinsichtlich der Potenz) die Entfaltung seiner Persönlichkeit mehr gehindert als gefördert habe, und daß man die Sache tiefer unten anpacken müsse, indem er sich an Dinge erinnere, die er aus guten Gründen vergessen habe[1]).

Ich ließ es mir gesagt sein und begann tiefer anzufassen, d. h. eine Analyse, die etwa ein Jahr gedauert hat. War es das Problem des ersten Teiles der Behandlung gewesen, daß der Patient an das „Material Frau“ durch seinen neurotischen Infantilismus nicht herankonnte, und hatte er das rein vital-funktionale Umgehen mit Frauen in der Behandlung erarbeitet, so war seine Beschwernis jetzt, daß er nicht zu Frauen kommen konnte, die „ein Gesicht“ hatten, also an die Frau als Person. Die Behandlung wurde eingeleitet mit der Reproduktion eines Kindheitstraumes: *„Eine Rabenmutter stößt ein Kind (= den Patienten) unter ihre Bettdecke, die noch dazu am Fußende sackartig zugenäht war. Obzwar das Kind in Gefahr zu ersticken war, empfand es doch seine Situation als lustvoll und versuchte, sich an den Beinen der Mutter hinaufzuarbeiten.“* Die Analyse dieses Traumes zog sich fast durch die ganze Behandlung, indem immer neue Einfälle, ja Ergänzungsträume sich um dieses Bild gruppierten, und in ihrer Abfolge arbeitete sich der Patient schrittweise von den Beinen, zum Genitale (das die längste Zeit als After, umgeben mit Haaren bezeichnet wurde), zum Leib mit Brüsten, endlich zum Kopf (aber noch immer ohne Gesicht!) hinauf. Und als der ganze Mutter-Schwester-Komplex durchgearbeitet war, begann er ein stürmisches und noch andauerndes Verhältnis mit einer jungen Lehrerin, also einer Frau „mit Gesicht“.

Ein zweites Motiv in dieser Behandlungsphase war folgende Erinnerung: Als er mit der Mutter die Zehn Gebote durchnahm, erklärte sie ihm den Begriff der Unkeuschheit als „Du sollst dich nicht entblößen, z. B. sollst du vor deiner Schwester nicht das Hemd herunterlassen“. Das konnte das Kind nun nicht verstehen; die Nacktheit war ihm etwas ganz Natürliches gewesen, und jetzt stand da plötzlich ein Verbot. Warum eigentlich? Und da kam ihm der Gedanke „Man soll dein Würscherl nicht sehen“[2]). Und plötzlich fährt jetzt der Patient auf mit der Frage: „Ist

[1]) Es ist vielleicht wichtig zu wissen, daß der Patient nicht die geringsten Kenntnisse moderner psychologischer Theorien besaß, da er aus Kreisen stammt, denen Derartiges weltenferne liegt.

[2]) „Würschterl“ ist das Diminutiv von „Wurst“ und wird in der Kindersprache als Bezeichnung für den Penis gebraucht.

das Verbot der Mutter nicht wortwörtlich dasselbe, was mir der Vater damals vorgeworfen hatte: Ich solle mich nicht bloßstellen, nicht den Wurschtl machen? Hätte mich überhaupt sein im Grunde eigentlich doch recht harmloser Vorwurf so tief treffen können, wenn er nicht auf eine bereits verwundete Stelle getroffen wäre?" Er erinnert sich jetzt, wie sehr es ihn als Kind empörte, wenn sich der Vater mit entblößtem Oberkörper gewaschen habe; als ob der Vater sich da etwas herausnehme, was dem Kinde verboten war. Jetzt kam der Einfall, die Worte des Vaters bedeuteten: „Sei kein Wurschtl" heiße auf Deutsch: „Habe keinen Penis in Form eines Würschterls, d. h. keine Erektion, die ich mir vorbehalte — auch für dich." Hiemit war die dritte Phase der Behandlung aufgerollt, die im wesentlichen der Erledigung der Vaterproblematik gewidmet war. Sie wurde durch einen Traum eingeleitet: „Ein Fremder bedroht mich mit einem stumpfen Dolch, doch bleibt der Dolch im Hemd stecken."

Fassen wir also zusammen, was uns an diesem Falle bemerkenswert erscheinen kann, so ist es: Erstens die Sicherheit und Eindringlichkeit, mit der der Patient die psychoanalytische Behandlung, von deren Existenz er ja keine Ahnung hatte, durch den Inhalt des Angstanfalles und die Blumenvision gefordert hat. Zweitens die völlige Entsprechung der Problematik in der Geltungsschichte mit der in der Schichte des Triebgeschehens: Die Ermutigung, das Sichselbstfinden, das aus der kindlich-unfreien Situation nach oben Kommen zur Freiheit der Selbstbestimmung entspricht dem Sich-Hinaufarbeiten von der (masochistischen) Stellung zu Füßen einer Frau (Rabenmutter) über das Genitale (= bloße Sexualität) zum Gesicht (= personhafter Partner). Dieses Sich-Hinaufarbeiten bedeutet aber zugleich die Befreiung von der Mutter; denn — wie der Patient einmal sagte — die Mutter war ihm „unbekannt" und daher blieben die Frauen, mit denen er es nur zu tun haben konnte, „unbenannt". Drittens endlich ist die Artikulation der beiden Schichten im sprachlichen Ausdruck äußerst lehrreich, indem diese beiden Schichten in den Begriffen „Wurschtel" und „Entblößen" zusammenfließen. Der Vorwurf des Vaters hieß jetzt nicht nur „Gib Dir keine Blöße", sondern auch „Hab keinen Erfolg", u. zw. sowohl vor den Leuten, d. h. im praktischen Leben, als auch im Sexuellen: „Bleib mir gegenüber ein Kind." Die phänomenologische Klärung dieses Ausdruckes „Entsprechung" behalten wir uns vor; aber zumindest das sei schon hier betont, daß unter dieser Entsprechung nicht etwa eine bloße Darstellung der Geltungsproblematik im „sexuellen Jargon" zu verstehen ist; sondern es liegen hier zwei völlig selbständige, voneinander wesensverschiedene Seins- und Verhaltensweisen vor, die zwei völlig disparaten, eigengesetzlichen Schichten unserer Existenz angehören: Nicht um Identität, sondern eben um eine „Entsprechung" handelt es sich.

Ich weiß nun sehr gut, daß mit einer solchen Kombination der zwei Behandlungsweisen, wie ich sie in diesem Falle und auch sonst geübt habe, unser Problem keineswegs gelöst ist. Ja strenggenommen ist ein solches Vorgehen gar nicht gestattet, da eine echte analytische Situation mit einem Patienten, mit dem man durch irgendeine andere Form von Behandlung bereits in Beziehung getreten ist, kaum mehr lege artis zu erzielen ist.

Aber — es sollte ja hier keine Lösung dieses kardinalen Problems angeboten, sondern nur eine Möglichkeit aufgezeigt werden, bei der das Fragen erst beginnen könnte.

Über psychogene Hautveränderungen

Von

San.-Rat Dr. O. Bunnemann in Ballenstedt a. H.

Das Organ, das unseren Sinnen in jedem Falle direkt zugänglich zu machen ist, ist die Haut. Daß innere Faktoren für krankhafte Veränderungen der Haut verantwortlich sein können, ist erst spät für möglich gehalten worden. Ich habe in meinen Arbeiten [1] [2] [3] [4] zum Beweise, daß dies möglich sei, die mannigfachsten Erfahrungstatsachen anführen können. Außer mir haben weiter Sack [5], Homburger [6], Kronfeld [7], Werther [8], Heise [9], Bonjour [10] entsprechende Arbeiten veröffentlicht. Es stützten sich die verschiedenen Arbeiten auf vorangegangene experimentell hypnotische Versuche Kreibichs [11], Kohnstamms [12], Hellers und Schulz' [13], Szölesys [14], Krafft-Ebings [15] und anderer. Krafft-Ebing legte z. B. einer Patientin einen Buchstaben von Papier auf die Haut, suggerierte ihr in der Hypnose, daß es ein glühendes Eisen sei, und konnte dann der Form des Buchstabens entsprechend die Bildung von Blasen beobachten.

Nachdem nun inzwischen Nonne auf dem Neurologentage 1916 in München kriegsneurotische Zitterer vorgestellt hatte, deren Zittern er in der Hypnose vorher beseitigt hatte und in der Hypnose vor den Zuhörern wieder hervorrief, es aber sogleich wieder beseitigte, — und nachdem mir schon gelungen war, floriden Fluor albus in der Hypnose zum Stillstand zu bringen, und ihn nach Monaten durch hypnotische Suggestion wieder hervorzurufen, wurde ich dazu angeregt [16], diese Ergebnisse auf die Haut zu übertragen. Es gelang mir in den verschiedensten Fällen von Urtikaria, Ekzem, Psoriasis die Krankheitssymptome in der Hypnose zu beseitigen und später in der Hypnose wieder hervorzurufen. Es sei hier nur ein Fall von impetiginösem Ekzem angeführt [[1]) S. 148].

Ein 16jähriger Junge hatte seit 2½ Jahren an impetiginösen Pusteln, in denen in einer Universitätsklinik Staphylokokken nachgewiesen waren, an den Unterschenkeln und den Sprunggelenken gelitten. Das letzte Jahr war er in einer Universitätsklinik mit den verschiedensten Mitteln ohne Erfolg behandelt. Die Krankheit war entstanden, als er eines Tages in Angst einen 18 Kilometer langen Weg zu Fuß zurückgelegt hatte. Er verfiel, als ich, nachdem ich dies erfahren hatte und einen Versuch machte, ihn zu hypnotisieren, in tiefe Hypnose und wurde an die seinerzeit Angst machenden Momente erinnert, wobei ihm suggeriert wurde, daß dieselben keine Maßgeblichkeit mehr besitzen könnten, und darum seine Hautkrankheit abheilen würde. Am anderen Tage konnte ich den Kranken, dessen Pusteln eingetrocknet waren, in der Hautklinik vorstellen. Ich befand mich damals auf Urlaub und mußte nach dreimaliger Hypnose abreisen. Nach kurzer Zeit bekam ich die Nach-

richt, daß die Haut völlig abgeheilt sei. Ein Vierteljahr danach weilte ich wieder in der Gegend und nahm Gelegenheit, mit Einverständnis der Eltern, einen Versuch zu machen, die Krankheit wieder hervorzurufen. Am nächsten Tage klagte der Junge über Schmerzen in seinen Beinen. Leider mußte ich wieder abreisen und konnte den Erfolg nicht abwarten. Aber schon am übernächsten Tage wurde mir mitgeteilt, daß die Krankheit an den alten Stellen und in derselben Stärke wieder aufgetreten sei. Nunmehr konnte ich erst nach abermals einem Vierteljahr an den Ort zurückkehren; der Kranke weigerte sich, zu mir zu kommen. Ich fand jetzt eine sehr ungünstige psychische Lage vor. Sowohl die Eltern als auch der Kranke hatten sich sehr erregt. Es wurde mir, allerdings ohne Anwendung anderer Mittel, erst in 5wöchentlicher Behandlung möglich, durch hypnotische Suggestion die Krankheit wieder völlig zu beseitigen.

Da die Hypnose schon von Anfang an zum Beweis der Psychogenese der Hauterscheinungen herangezogen war, wurde sie auch ein Hauptmittel zur Beseitigung dieser Krankheiten. Aber auch zur Auffindung der die Hautsymptone veranlassenden Komplexe fand sie gelegentlich Anwendung. Kohnstamm hatte die Methode der hypnotischen Palimnese, wie er sie nannte, angegeben. Er versetzte Kranke in Hypnose und suggerierte ihnen, daß sie sich der die Krankheitssymptome veranlassenden Erlebnisse erinnern würden. Meist erzählten sie ihm am anderen Morgen die Geschehnisse, die sie vorher als unwesentlich angesehen und vergessen hatten. Mir gelang auf diese Weise mehrfach, palimnestische Anhalte zu gewinnen. Als Beispiel dafür möchte ich zwei Fälle erwähnen, die ich gleichzeitig behandelt habe.

Zwei Damen hatten mehrfach kleine Hautblutungen gezeigt, die nach mechanistischer Auffassung durch einen Stoß veranlaßt sein konnten. Die eine erzählte mir am anderen Morgen, daß sie mit einem Herrn verlobt gewesen sei, der in Minden bei der Artillerie diente. Die Eltern hätten die Heirat nicht zugeben wollen und sie veranlaßt, mit einem vermögenden Herrn in Beziehung zu treten und dem anderen abzuschreiben. Der Letztere hatte sich infolgedessen erschossen, der andere aber, sagte sie, hätte, als sie mit ihm spazieren gegangen wäre, einen Vergewaltigungsversuch gemacht. Sie sei, an den Beinen arg zugerichtet, in ein Krankenhaus gebracht worden. Dort habe man ihr alle Gegenstände, mit denen sie sich etwas hätte tun können, aus dem Wege geräumt. Sie aber habe mit ihrem Handgelenke in ein zerschlagenes Glas gehauen, um die Pulsader zu treffen, und habe ein starkes Grauen empfunden, als das dunkle Blut geflossen sei.

Die andere Patientin erzählte, daß sie als Kind, auf dem Schulhof stehend, gesehen habe, wie aus einem gegenüberliegenden Hause zwei Männer herausgekommen seien, von denen der eine auf den anderen mit einem Stock eingeschlagen habe, so daß ihm das dicke Blut über das Gesicht gelaufen sei. Außerdem aber habe sie sich im Traume erinnert, daß ihr Mann, der an Gehirnerweichung litt, sie in Erregungszuständen oft bedroht habe, so daß sie in Angst gelebt habe, auch bei ihr und ihren Kindern könne einmal das Blut fließen, so wie sie es auf dem Schulhof gesehen hatte. Ich erteilte nun beiden Kranken an demselben Abend in der Hypnose denselben Auftrag, sie würden an derselben Stelle des rechten Armes, den ich mit meiner Fingerkuppe berührte, einen blauen Fleck erhalten. Der zweiten Patientin fügte ich noch hinzu: „So, als ob Sie Ihr Mann auf den Arm geschlagen hätte." Am anderen Tage hatte die erste wieder einen den vorangegangenen entsprechenden blauen Fleck, bei der anderen war der ganze Unterarm blau angelaufen und prall gefüllte Venen waren deutlich zu unterscheiden [¹) S. 124].

Die Hautsymptome waren in beiden Fällen hypnotisch leicht zu beseitigen. Neben der hypnotischen Palimnese benutzte ich selbstverständlich auch die gewöhnliche Anamnese, wobei ich aber von vorneherein auf die Auffindung entsprechender Erlebnisse acht gab. Die Ergebnisse der Anamnese zu verwerten, mußte erst gelernt werden. Es gelang dies immer mehr, je mehr Fälle ich mit Erfolg analysiert und geheilt hatte. Ich lernte schon aus den Erscheinungen einen gewissen Schluß auf den verursachenden Komplex zu ziehen. Es ließ sich vielfach glaubhaft machen, daß die Hauterscheinungen der äußere Ausdruck der affektbetonten — Aerger, Ekel, Angst, Depression etc. — Erinnerungsbilder, daß dieselben in symbolischer Umwertung in die Haut projiziert waren. Wie man bei der Besichtigung einer allegorischen Plastik leicht darauf kommt, was sie darstellen soll, welche künstlerische Idee den Künstler inspiriert hat, so schloß ich im Zusammenhange mit der Anamnese und den schon erlebten Fällen auf den zu den Hautgebilden gehörigen Komplex und die denselben verursachenden Erlebnisse. Indem ich nun aber meinen Patienten meine Gedankenverbindungen auseinandersetzte, erreichte ich, daß die Patienten, die von Haus aus durchaus materialistisch eingestellt waren und einen Zusammenhang von früheren Erlebnissen und Hautbilden nicht für möglich gehalten hatten, einen solchen Zusammenhang auch bei sich selbst in Rechnung stellten, und nun auf Erlebnisse kamen, die sie früher für unwesentlich gehalten hatten, und so meine Vermutungen bestätigten und ergänzten. Charakteristisch ist der Fall, den ich erst kürzlich in der „Medizinischen Welt" veröffentlicht habe [4]).

Eine Dame hatte ein trockenes, schuppendes Ekzem an der Innenseite beider Unterarme, das ich in Zusammenhang brachte mit einem Erlebnis in einem Elberfelder Krankenhause, in dem sie als junges Mädchen, an einer doppelten Lungenentzündung leidend, gelegen hatte. Da war eines Tages eine Geisteskranke, die mit ihr dasselbe Zimmer bewohnte, aus dem Bette gesprungen, in einem Tobsuchtsanfall auf das Fenster zugeeilt, hatte dasselbe zerschlagen, sich dabei die Arme verletzt und war, die blutenden Arme in die Höhe haltend, auf das Bett des Mädchens zugelaufen und hatte auf sie eingeschlagen. Dieselbe Erscheinung hatte Patientin nun auch an der Innenseite beider Oberschenkel. Als sie mir die kranken Stellen zeigte, sagte ich: „Das sieht so aus, als ob Ihnen einmal jemand unter die Röcke gefahren sei." Sogleich erzählte sie mir aus ihrer Jugend einen Fall, wo ein junger Mann bei ihr einen Vergewaltigungsversuch gemacht hatte.

Noch einleuchtender war folgender Fall [1]) S. 122]:

Eine Patientin zeigte eines Tages eine tiefrote Verfärbung der Haut an der dem Ringfinger entsprechenden Zehe eines Fußes. Die scharfumgrenzte Stelle saß da, wo die Haut an den Nagelfalz stieß, in den Nagel hineinreichend. Zur hypnotischen Palimnese veranlaßt, erzählte Patientin am anderen Morgen zwei Erlebnisse. Einmal habe sie sich die Pulsader öffnen wollen und habe ein starkes Grauen empfunden, als das dunkelrote Blut geflossen sei. Dann aber habe sie sich sehr geängstigt, als sie nach der Geburt ihres jüngsten Kindes im Bette gelegen und das beschnittene kleine Glied ihres Knaben geblutet habe, weil die Wärterin das Blut nicht stillen konnte.

Ich mußte demgemäß zu der Anschauung kommen, daß die eigene Zehe dem kleinen

Gliede des Knaben glich und daß die rote Stelle genau an der Stelle saß zwischen Stamm und Glans, wo der Schnitt geführt war. Die Erscheinung war also der äußere Ausdruck des angstvoll erschauten Erinnerungsbildes. Die Annahme wurde noch glaubhafter, als unsere Hausschwester eines Tages berichtete, daß die Patientin eine Schere mit ins Bett genommen hätte und am folgenden Morgen dasselbe Hautbild wie vordem zu beobachten war. Es war demnach anzunehmen, daß im Momente des Suicidversuches das Erinnerungsbild des blutenden Handgelenkes sich mit demjenigen des blutenden kleinen Penis assoziierte und dieses dann in die Haut, und zwar an eine Stelle projiziert wurde, die auch der Form nach dem Erinnerungsbilde entsprach. Diese Annahme gewann weiter an Glaubwürdigkeit, als eines Tages im Nebenzimmer wirklich ein Suicid passierte, und ich, da das Zimmer der Toten verschlossen war, durch das Zimmer unserer im Bette liegenden Kranken hindurchgehen mußte, um aus dem Fenster auf das Dach zu steigen, und so der Kranken die Wahrheit sagen mußte. Am andern Morgen war wieder dieselbe Hauterscheinung an der alten Stelle zu sehen. In diesem Falle konnte man also wieder leicht aus der Hauterscheinung einen Schluß auf das dazugehörige Erinnerungsbild machen. Im ersten in der „Medizinischen Welt" veröffentlichten Falle war die Erfahrung, die bei der zweiten Patientin gemacht war, zu verwenden und die Methode als die Methode der analogen Fälle aufzufassen.

Diese konnte in den verschiedensten Fällen zur Anwendung gelangen. Eine Kranke hatte an den Innenflächen beider Hände urtikariaartige Blasenbildungen. Sie ließen sich dadurch erklären, daß nacheinander zwei Hausmädchen bei ihr bedienstet waren, die sich syphilitisch infizierten und ins Krankenhaus gebracht wurden, wobei der Arzt die Patientin über den Charakter der Erkrankung der Mädchen aufklärte. Es war einleuchtend, daß sie nunmehr von einer unbewußten Angst befallen war, sie könnte sich bei Berührung irgend welcher Gegenstände, welche die Mädchen angefaßt hatten, selbst infizieren. Dieser in der Hypnose leicht geheilte Fall war analog jenem einer Konditorsfrau, die eine ähnliche Hauterscheinung an den Händen hatte. Sie gab an, daß ihre Aufwartung, der sie doch immer die Hand zu geben pflegte, von ihrem Manne erzählt habe, daß er „ganz ausgefahrene Hände" hätte. Verständlich ist die Erscheinung erst, wenn man hinzufügt, daß die Frau sehr reinlich sein mußte in ihrem Geschäfte, wo sie oft das den Kunden zu verkaufende Backwerk mit den Händen anzufassen hatte.

Ein Frauenarzt zeigte mir eines Tages ein Ekzem an der rechten Hand und sagte, daß er dasselbe durch das Waschen der Hände in Formalinlösung bekommen habe. Er habe dann beim Touchieren syphilitisch Infizierter einen Primäraffekt bekommen, habe die Hand sicher verbunden, nun mit der linken Hand touchiert, aber jedesmal nach einer Digitaluntersuchung an der verbundenen Hand einen neuen Schub des Ekzems konstatieren müssen.

Wollen wir nun aus dem Allen einen Schluß für die Praxis ziehen, so müßte man eigentlich fordern, daß der Arzt bei jedem Fall von Hautkrankheit sich die ganze Person ansehen, eine genaue seelische Anamnese vornehmen und lernen müsse, die anamnestisch zu erhebenden Ergebnisse in richtiger Weise zu verwerten. Wenn das auch nicht leicht zu erreichen sein wird, so kann man doch ohne Ausnahme verlangen, daß die Ärzte bei lange dauernden durch Medikamente und physikalische Heilmethoden nicht zu beeinflussenden Hauterkrankungen daran denken müssen, daß sie es mit tiefenpsychologisch leicht ansprechbaren Patienten zu tun haben und daß tiefenpsychologische Komplexe sehr wohl zur Bildung und Erhaltung von

abnormen Hautbildern Veranlassung geben, die mit einfacher psychotherapeutischer Behandlung geheilt werden können.

Schrifttum:

1) Bunnemann: Über psychogene Dermatosen. Z. Neurol. 78.

2) Bunnemann: Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen. Ebenda 88.

3) Bunnemann: Tiefenpsychologische Analyse eines Falles von Hautkrankheit. Derm. Wochenschr. 1932.

4) Bunnemann: Über psychogenes Ekzem. Med. Welt H. 3, 1934.

5) S[illegible]k: Über die psychogene Komponente des Pruritus und der pruriginösen Dermato[illegible]n. Münch. med. Wochenschr. 1922.

6) Homburger: Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatose. Z. Neurol. 82, 1923.

7) Kronfeld: Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Dermat. Ztschr. 45, 1925.

8) Werther: Die psychogenen Dermatosen. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. H. 11, 1929.

9) Heise: Ein Beitrag zur Frage des akuten Ekzems mit psychischer Ätiologie. Neur. Zentr. 1914.

10) Bonjour: Guerison d. veruces par Sugg. a l'etat de vieille. Revue de l'Hypn.

11) Kreibich: Vasomotorische Phänomene durch hypnotischen Auftrag. 9. Kongr. der derm. Ges. Bern, S. 508, 1906.

12) Kohnstamm: Blasenbildung durch hypnotische Suggestion. Verhandl. d. derm. Ges. Frankfurt, S. 342, 1908.

13) Heller und Schultz: Über einen Fall hypnotisch erzeugter Blasenbildung. Münch. med. Wochenschr. 1919.

14) Szölesy: Ein Fall von multipler Hautgangrän und ihre Beziehung zur Hypnose. Münch. med. Wochenschr. 1907.

15) Krafft-Ebing: Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete der Hypnose. Wien, 1888/89.

16) Bunnemann: Über psychogenen Fluor albus. Therapie d. Gegenw. April 1921.

Zur kombinierten Behandlung der Organneurosen

Von

Dr. Eugen J. Hárnik in Budapest

In einer Arbeit, in der ich die klinisch fundierte Tatsache, daß Asthma bronchiale und Colitis mucosa in der Pathophysiologie als ein Syndrompaar angesehen werden [1]), theoretisch auszuwerten versuchte, vertrat ich — auch in Anlehnung an v. Bergmann — die Ansicht, daß für diese Organneurosen prinzipiell eine kombinierte Behandlung in Betracht zu ziehen wäre, „bei der allerdings die Psychoanalyse die therapeutische Führung zu haben hätte". Wenn ich nun einige diesbezügliche empirische Erfahrungen, teils positiver, teils negativer Art, zu diskutieren mich an-

1) „Die postnatale erste Entwicklungsstufe der Libido", Intern. Zschr. f. Psychoanalyse, H. 1/2, S. 147, 1933.

schicke, so dürfte es hoffentlich nicht als Nachteil angesehen werden, daß ich, von einem Fall abgesehen, durchwegs Befunde anderer Ärzte bespreche. Die kühle Reserve, die das sonst so berechtigte Interesse am eigenen therapeutischen Erfolg hier zu distanzieren vermag, könnte einen nützlichen Ausgleich abgeben; handelt es sich doch um das Arbeiten auf einem noch wenig beachteten Gebiet.

Den glücklichen Ablauf einer Behandlung, die einen Asthmafall von augenscheinlich überwiegender Psychogeneität betraf, schildert J. H. Schultz in einem sehr interessanten Vortrag, den er in einem Kreise von Internisten hielt[1]). Hier seine instruktive Darstellung:

„So verlief bei einem Asthmatiker, der intern klinisch durchbehandelt und in Dauerregulierung war, mit der parallel die Psychotherapie arbeitete, die psychoanalytische Erfahrung in großen Zügen so, daß zunächst die sehr begreifliche Frage erörtert wurde, wieweit überhaupt ein Leiden wie Asthma psychisch konditioniert sein könne. Über die bewußte Lebenssituation war nichts Auffälliges zu erfahren: Beruf, Ehe, Selbsteinschätzung und Selbstbestimmung zeigten keinerlei Besonderheiten, der Kranke war durchaus frei von aufdringlichen manifesten Zeichen von Nervosität, Psychopathie und dergleichen. Im weiteren Verlaufe wurde an dem Kranken eine gewisse, durch Schwere und Qual seines Leidens voll motivierte Ängstlichkeit deutlich, besonders im hypochondrischen Sinne, was ihm wohl alles schaden könne und wie dem vorzubeugen sei. Namentlich machte sich der Kranke, wie er unter großen Hemmungen gestand, in dieser Beziehung viel Gedanken darüber, wieweit das Sexualleben für ihn schädliche Anstrengungen und Aufregungen mitsichbringe, und motivierte damit eine sehr zurückhaltende Einstellung seiner sehr geliebten Frau gegenüber. Neben diesen mehr den Charakter von Besprechungen tragenden Ereignissen der ersten 20 Arbeitsstunden war der psychoanalytisch völlig unorientierte Patient, ein ostdeutscher Landwirt und früherer Offizier, gebeten worden, seine Träume zu berichten, falls ihm solche erinnerlich wären, und dabei fiel auf, daß in den Träumen nur Männer und Knaben vorkamen oder Tiere und Gegenstände, nie aber Frauen. Ohne auf diesen Befund hinzuweisen, wurde gelegentlich die Frage nach bewußten homosexuellen Regungen, Phantasien oder Erlebnissen unauffällig eingebaut, die glaubhaft völlig negativ beantwortet wurde, allerdings mit etwas stark ablehnender Betonung. Weiter zum freien Assoziieren erzogen, erledigte nun der Kranke lange Strecken seines Lebens in nochmaligem Nacherleben. Hierbei erwies sich die innere Einstellung zu Vorgesetzten und Kameraden als besonders affektbetont. Heldenverehrung, innige Kameradschaft, wilde Empörung über Ungerechtigkeiten und Unzulänglichkeiten wechselten in bunter Fülle, und aus diesen Schichten lenkte die Materialproduktion schrittweise zu Erlebnissen der Jugend- und Kinderzeit. Hier fand sich das bereits Erwartete: Aufwachsen unter einer streng-despotisch, kalt-nüchtern herrischen und unzärtlichen Mutter als Jüngster von 4 sehr lebhaften und vitalen, ihn schützenden und verwöhnenden Brüdern und einem weichpassiven, der streitlustigen Mutter meist nachgebenden oder ausweichenden gütigen und zu Zärtlichkeiten geneigten Vater. Brutal-energische pädagogische Einschüchterung durch die Mutter, als sie den Patienten mit 4 Jahren bei der Onanie betraf. In der 97. Arbeitsstunde explosives Aufdringen von Erinnerungen an körperliche Zärtlichkeitserlebnisse mit dem zweiten Bruder und mit Kameraden im Kadettenkorps. Jetzt zum ersten Male Hinweis des Arztes auf die normalbiologische Bisexualität und dementsprechend relative Bedeutungslosigkeit solcher Ereignisse. Weiter Feststel-

[1]) „Stand und Bedeutung der Psychoanalyse", Deutsche med. Wschr., H. 1, S. 4, 1933.

lung, daß vielfach das Zusammensein mit sympathischen Männern — selbstverständlich ohne eine Spur bewußter Liebeseinstellung — abends von Anfällen gefolgt war. Verarbeitung tiefer Haß- und Furchtreaktionen gegenüber der Frau, d. h. der Mutter und damit zunehmendes Entdecken weiblicher Züge an der eigenen Frau, die vorher besonders als Sportjunge in Reit- und Skidreß oder Pyjama begehrenswert erschien. Im Zusammenhang mit der Zusicherung des Arztes, daß trieb- und wunschgerechte Liebesbetätigung weder Anstrengung noch Aufregung, sonden harmonisierende Erfüllung und Entspannung bedeute, wobei zugleich technische Belehrungen über fakultative Sterilität nötig waren, Entwicklung aus einer stark (unbewußt!) homosexuellen Jünglingshaltung mit irrealen Wunschzielen und schweren Kinderängsten zu einer normal-erwachsenen Innengestaltung (160 Arbeitsstunden). Der Kranke ist jetzt seit 3 Jahren ohne jede medikamentöse Hilfe und ohne jede Lebenseinschränkung frei von Anfällen. Eine Idiosynkrasie gegen Katzenhaare besteht noch, so daß, als er die Katze einer Bekannten gestreichelt und sich ins Auge gefaßt hatte, eine Ophthalmoreaktion entstand, aber kein Asthma."

Diese Behandlungsgeschichte ist wohl ein schönes Beispiel für die Erfüllung der Forderung, daß die Psychoanalyse so bald wie möglich die führende Rolle in solchen Therapien übernehmen soll. Sicherlich gehörte aber der Fall nicht zu den schwersten, in deren ätiologischer „Ergänzungsreihe" die somatische Disposition (eventuell konstitutionell bedingt) den breiteren Platz einnimmt oder tiefer verankert ist. Eine Notwendigkeit, sich mit der Erstickungsgefahr auseinanderzusetzen, wie sie als spezifischer Inhalt der Todesangst und Todesvorstellung im Unbewußten dominiert und in der Analyse eines Asthmakranken eine überragende Bedeutung beansprucht, scheint sich nicht besonders aufgedrängt zu haben. Ganz offenkundig muß dieses Moment in die Determinierung eines Falles von schwerem Asthma hineingespielt haben, den ich vor vielen Jahren nur kurze Zeit behandeln konnte, um ihn mit einem verhältnismäßig geringfügigen Erfolg abgehen zu sehen.

Der Patient war nicht mehr jung, machte aber überdies einen vorzeitig gealterten Eindruck. Seine Beschwerden waren so augenfällig, daß internistisch erfahrene Kollegen, die ihn im Warteraum der Berliner psychoanalytischen Poliklinik sahen, mir — wohlgemeint, halb scherzhaft — abrieten, mich mit ihm abzugeben. Es sollte sich aber bald zeigen, daß mindestens eine gute Beeinflußbarkeit des Leidens möglich war; der Patient hatte erklärt, auf der Chaiselongue nicht liegen zu können und sprach nun einige Wochen hindurch so zu mir, daß er mit dem Rücken abgewandt, zyanotisch hustend und keuchend, sich halb sitzend, auf den einen Arm stützte. Nach den ersten Lösungen war er imstande, sich hinzulegen und sich in der lebhaftesten Weise zu unterhalten. Es ging um das Verständnis einer komplizierenden, mit dem Asthma etwa gleichzeitig aufgetretenen Zwangsneurose mit recht quälenden Symptomen, insbesondere von Berührungszwang, der sich auf gewisse Möbelstücke bezog. V o r seiner Erkrankung betraf eine intensive Berührungslust, die mit anderen fetischistischen Gelüsten und Handlungen gepaart war, die behaarte weibliche Schamgegend und die weiblichen Genitalhaare überhaupt. So war nun hier der Fetischismus teilweise — nach dem Grundsatz „Negativ der Perversion" — in die Neurose übergeführt [1]).

[1]) Von dieser Bezugnahme tat ich bereits kurze Erwähnung gelegentlich einer Abhandlung über Transvestitismus und Verwandtes („Verkleidungslust, Schmuckbedürfnis, Schönheitssinn"), welche bisher nur englisch erschienen ist: Psychoanalytic

Der Ausbruch (oder vielmehr der gewaltige Durchbruch) der Krankheit geschah unmittelbar im Anschluß an den T o d einer verheirateten Frau, mit der der (gleichfalls verheiratete) Patient seit Jahren eine von allerhand Sonderbarem nicht freie Freundschafts- und Sexualbeziehung unterhielt. Hatte er schon in diesen ganzen Jahren seine früher polymorph und polygam gerichtete Perversion an ein Objekt zu binden versucht, so mußte jetzt für den elementar drängenden Triebanspruch der Ersatz in der Symptombildung herhalten, nicht zuletzt, weil ihm der Tod seiner Freundin unmittelbare m a t e r i e l l e Vorteile im Voraus verhieß und tatsächlich einbrachte. Der Besitzzuwachs durch Erbschaft betraf u. a. auch Möbelstücke; daher das Zeremoniell mit der Berührung der Möbel, d. h. die Austragung des libidinösen Konfliktes auf anal-sadistischer Grundlage. Dieser Deutung entsprachen auch zahlreiche Träume von sehr ausgeprägtem zwangsneurotischen Charakter, in welchen immer wieder die Verstorbene auftrat. Die Mitteilung und erste Verarbeitung dieser Auffassungen zog die erwähnte erfreuliche Besserung nach sich — zugleich selbstverständlich den beginnenden und immer mehr zunehmenden Widerstand. Nachdem einige Zeit hindurch um die Überwindung dieser Schwierigkeiten gerungen wurde, ging der Patient bedauerlicherweise ab. Ich erfuhr niemals, aus welchen Kindheitserlebnissen und tieferen Quellen er sich die Prädisposition für seine asthmatische Erkrankung — in deren Ausdruck sich ein Todeskampf so deutlich erkennen läßt — geholt haben mag.

Die therapeutische Situation ist also damals von mir gewiß nicht genügend beherrscht worden. Doch meine ich, wenn in einem derartigen Falle von Anfang an die Zustimmung und verständnisvolle Mitarbeit des Hausarztes oder des Internisten gesichert werden könnte, gäbe dies eine Chance mehr, den Patienten auch in einer schwierig gewordenen Lage für die psychoanalytische Kur — deren Erfolg eben Geduld erheischt — zu erhalten. Der mitbehandelnde Kollege könnte ihn mit Nachdruck auf die wirkliche Heilungsmöglichkeit hinweisen und auf die ernste Gefahr aufmerksam machen, die in dem mehr oder weniger sicher zu erwartenden Rückfall liegt. Bei Verschlimmerung solcher Zustände während der Behandlung werden ja bekanntlich die Aussichten unserer Therapie weniger günstig. Noch mehr gilt dies natürlich von den schwersten Formen des Asthma.

Die Kenntnisnahme eines Falles, bei welchem im letzten Jahre vor dem Tode des Kranken noch ein Psychoanalytiker zur Hilfeleistung herangezogen wurde, verdanke ich dem behandelnden, mir befreundeten Internisten, welcher übrigens nicht nur großes Verständnis für das Problem hat, sondern auch außergewöhnliche Kenntnisse in der Materie selbst besitzt. Nach seinem Bericht ist nicht anzuzweifeln, daß der vorgenommene und weiter fortgesetzte psychotherapeutische Versuch dem Patienten in vielfacher Weise und weitgehend geholfen hat, seine Qualen zu ertragen, ihm vielleicht sogar das Sterben erleichtern half.

Doch scheint mir, daß der Psychoanalytiker hierbei Lebenslagen vorfinden mag, in denen man sich in früheren Zeiten an den Geistlichen gewandt hätte, so daß er sich leicht in die Notwendigkeit versetzt sieht, an Stelle des Seelsorgers treten zu müssen. Mag solches bei Gelegenheit un-

Quarterly, I. Jahrg. Ein Teil der dort entwickelten Gedankengänge findet sich in dem Auszug eines Vortrages wieder, der (unter ähnlichem Titel) im Archiv f. Frauenkunde, Bd. 18, 1932, abgedruckt ist.

vermeidlich erscheinen oder sein — wir lernen dabei, daß wir die Forderung nach möglichst frühzeitiger Heranziehung eines Psychotherapeuten aufs Energischeste vertreten dürfen.

Nicht weniger interessant sind die vertraulicheren Mitteilungen aus seiner Praxis, zu denen sich mein Freund entschloß, nachdem ich ihm, kaum, daß er mir ganz wenige Andeutungen über einen Fall von Colica mucosa machte, ohne weiteres den zentralen Komplex eröffnete, der bei diesem Leiden* — wie das in meiner erstzitierten Arbeit begründet wurde — die Hauptrolle spielt.

Es handelte sich um ein junges Mädchen, das sich gleichzeitig in der Psychoanalyse befand und vom Internisten behandelt wurde. Ich legte ihm bloß die Frage vor, ob er mir sagen kann und darf, welchen Grund das Mädchen habe, mit dem Problem des Todes schwer zu ringen? Ich erfuhr, daß ihr Vater sich vor Jahren — übrigens auf eine Weise, die mit Darmsymptomatik scheinbar nicht das Entfernteste zu tun hat — unter ganz besonderen Umständen das Leben genommen hatte. Daß in der Analyse die Bedeutung dieser Schicksalsfügung gebührend bearbeitet wurde, verstand sich von selbst. Mein Freund beantwortete dann eine Frage betreffs der von ihm applizierten (lokalen) Vornahmen und eröffnete mir sonst nur noch, daß er mit dem Psychotherapeuten nicht viel über den Fall sprechen kann, da dieser ihm aus Diskretionsgründen keine Aufklärungen zu geben vermag.

Und da wären wir damit zum Schluß auf eine technische Schwierigkeit bei kombinierten Behandlungen gestoßen, welche im Interesse der Erkenntnis und der therapeutischen Bemühung einer befriedigenderen — gewiß von Fall zu Fall zu erwägenden — Lösung harrt. Infolge der Wechselbeziehungen zwischen dem organischen und dem seelischen Geschehen, die bei diesen „monosymptomatischen" und Organneurosen im Vordergrund stehen, kann mit der Möglichkeit einer gegenseitigen Befruchtung zwischen medizinischem und tiefenpsychologischem Wissen und Streben weitgehend gerechnet werden, für die die adäquaten Wege und Mittel zu suchen wären.

Beispielsweise mag aus dem Nachbargebiet der so mannigfaltigen „Magenleiden" der mir bekannte Fall erwähnt werden, daß sich bei einem — die Mitleidenschaft des Psychischen verratenden — chronischen Magenkatarrh mit Hepatopathie (v. Bergmann) eine relativ gute Verträglichkeit von süßen Speisen und Süßigkeiten vorfand, im Gegensatz zum sonstigen Verhalten dieser Prozesse.

Es ist evident, daß erstens in allen derartigen Organneurosen eine Fragestellung vorliegt, die von zwei Seiten her bis zu einer gewissen Grenze verfolgt werden muß, daß andrerseits an den sich so ergebenden Grenzlinien Pathophysiologie und Psychopathologie sich immer wieder verständigen müssen, wenn das gemeinsame therapeutische Handeln zu immer besseren und dauerhafteren Erfolgen führen soll.

Ich bedaure, hier nur Aphoristisches über das wichtige Thema des Zusammenarbeitens zwischen Hausarzt und Analytiker vorgebracht zu haben. Ich glaube, daß sich in Zukunft immer die Notwendigkeit ergeben wird, bei schweren Organneurosen den Hausarzt während der psychotherapeutischen Behandlung zur intensiven Mitarbeit heranzuziehen.

MITTEILUNGEN

Eine Form von Blasen-Mastdarmparapathien

Von Dr. A. Mißriegler in Wördern bei Wien

Es erscheint unwissenschaftlich, Parapathien, die sich an der Blase und dem Mastdarm abspielen, zusammenzufassen, wenn man sich vor Augen hält, wie vielfältig die organischen Veränderungen sind, die sich an diesen Organen zeigen und wie viele differente Funktionsstörungen die Diagnose zu betrachten hat. Im Laiendenken aber — und der Parapath denkt nicht mit den anatomischen und pathologischen Anschauungen des Arztes — sind Blase und Mastdarm nicht nur örtlich nahe beisammen, nicht nur durch Erziehungsmaßnahmen assoziativ verknüpft, sondern bilden auch funktionell oft eine Einheit. Man ist fast verleitet zu sagen: diese Vorstellungswelt basiert auf dem frühembryonalen Kloakenstadium. Und in diesen Vorstellungskomplex geht sehr häufig auch das dritte dort liegende Organ ein: die Gebärmutter.

Vielleicht ist es aus diesem Grunde verständlich, daß sich Gebärphantasien bei Parapathen auch an Blase und Mastdarm abspielen können.

Es sollen hier nicht die zahllosen verschiedenen Formen von Blasen-Mastdarmparapathien besprochen werden, die so wie alle andern Organparapathien Ausdruck aller möglichen seelischen Konflikte sein können. Es ist wohl schon bekannt genug, daß diese Konflikte sich keineswegs nur auf das Sexualleben erstrecken, daß sie vielmehr auch alle andern verdrängten Regungen darzustellen vermögen. So erinnere ich mich eines Falles, wo eine Inkontinentia alvi als Sicherungsmaßnahme gegen verdrängte Defraudationsgedanken eintrat; eines andern, wo eine schmerzhafte Analfissur, die absolut nicht heilen wollte, das Aufgeben eines höchst ungern ausgeübten Berufes erzwang; eines dritten, wo quälende Blasentenesmen deutliche Bußhandlungen für sündige Gedanken vertraten; eines vierten, wo recht unzeitgemäß einsetzender Harndrang im Dienste der asketischen Strebungen stand und jeglichen Seitensprung verhütete, kurz, wir sehen das ganze Register der bekannten „Komplexe" auch an diesen Organen wirksam.

Daß die Störung in ihrer Form auch der Gesamtkörper-Seele-Struktur der Patienten entspricht, braucht kaum hervorgehoben werden. Inkontinenz und Obstipation sind Ausdruck der seelischen Haltung.

Bei einer Patientin, die viele Tage unter strengster Spitalskontrolle keinen Stuhl absetzte und auch im Anfang der Analyse bei mir durch mehr als zwei Wochen nicht defäzierte, trat am selben Tag spontan Stuhlgang ein, als sie den bisherigen Widerstand aufgab und sich mir seelisch „eröffnete". Auf eine genauere Charakteranalyse will ich hier nicht eingehen, obwohl der Charaktertypus der Stuhl- und Blasenhypochonder, z. B. der chronisch Obstipierten, der Menschen, die ständig raschest Harn lassen müssen u. dgl. wohl bekannt ist. Die für den Analerotiker charakteristische Trias: Reinlichkeitsfanatismus — Geiz — Eigensinn, die Freud als typisch behauptet, kommt zweifellos oft vor.

Hier handelt es sich nur um die gedrängte Darstellung einer bestimmten Gruppe von Blasen-Mastdarmparapathien, die Ausdruck von Gebär-

phantasien sind. Das gemeinsame Vergleichsmoment stellt dabei offenbar — so naiv es ist — die Entleerung, die „Entbindung" dar.

Ich möchte hier eine Episode erwähnen, die ich noch zur Zeit erlebte, wo mir diese psychischen Abläufe und Verknüpfungen unbekannt waren. Ich wurde damals zu einer Frau in mittleren Jahren gerufen, die an plötzlicher Strangurie erkrankt war. Irgend eine organische Ursache der Unmöglichkeit, den Harn zu lassen, wurde mir damals nicht bekannt. Ich fand die ziemlich fettleibige Kranke mit hochgewölbter Blase und — vermutlich auch durch Gase — aufgetriebenem Bauch, so daß sie tatsächlich den Eindruck einer Schwangeren machte. Als ich den Katheter einführen wollte, machte ich den „unbewußten" Witz: „Also, nun entbinden sie schon einmal das Kind als Ganzes!" Darauf bekam die Frau einen Lachkrampf und entleerte so rasch einen mächtigen Harnstrahl, daß sie mich und alle Umstehenden benäßte. Ich vermute, daß sich auch in diesem Fall Phantasien von einer Schwangerschaft bei der kinderlosen Frau hätten auffinden lassen.

Auch bei einem zweiten Fall aus meiner voranalytischen Praxis wurden mir nachträglich die Zusammenhänge viel durchsichtiger:

Ein älteres Fräulein litt in schwächerem Maße bereits vor, in stärkerem nach dem Klimakterium an quälenden Stuhlverstopfungen zur Zeit, die ungefähr dem Menstruationstermin entsprach. Erst nach einigen Tagen entleerte sie jedesmal unter starken Schmerzen große Kotmengen. Diätetisch-physikalische Maßnahmen, Medikamente und Hormonpräparate erwiesen sich als wirkungslos. Resigniert erklärte die Kranke einmal: „Ich werde zeitlebens alle Monate diese Entbindung durchmachen."

In der „Biologischen Heilkunst", Jg. 11, H. 15, habe ich ausführlich über einen Fall von Blasenparapathie berichtet, bei dem neben andern Motiven auch Schwangerschaftsphantasien bei einem im Erwerbsleben stehenden maskulinen Mädchen mitspielten.

Der menstruelle Typus ist bei Darmstörungen häufig zu beobachten. Die Literatur kennt bereits eine ganze Reihe von kasuistischen Mitteilungen dieser Art. Ich erinnere z. B. an den Fall von Regelsberger, der regelmäßig wiederkehrende Darmblutungen bei einem Mann beschreibt: „Rektoskopisch war außer Hämorrhoiden mäßigen Grades 8 cm oberhalb des Sphinkters stark geschwollene und sehr lebhaft mit Blutgefäßen injizierte Schleimhaut zu konstatieren, die wie ein blutiger Schwamm aussieht. Der Patient selbst bezeichnet diese Blutungen als seine Periode. Er hat in Abständen von etwa drei Wochen typische prämenstruelle Erregungen, wird unruhig, rastlos und reizbar wie eine nervöse Frau in den entsprechenden Tagen und empfindet eine seelische Erleichterung, sobald die Blutung im Gange ist."

Ganz analoge Erscheinungen konnte ich bei einem verheirateten Manne durch Jahre beobachten. Er hing außerordentlich an seiner Stiefschwester, mit der er auch nach seiner Verheiratung unter einem Dache wohnte. Die Blutungen verschwanden auch nach radikaler Entfernung der an sich nicht sehr großen Hämorrhoiden nicht. Rektoskopisch fand sich im „intermenstruellen Zwischenraum" keine makroskopisch nachweisbare Veränderung der Darmschleimhaut, während der Blutezeit aber starke Auflockerung der dunkelblaurot verfärbten Schleimhaut. Jeder Blutung ging ein mehrtägiges Erregungsstadium mit Dipsomanie voraus. Auf Psychotherapie Heilung.

In Stekels „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung", 4. Aufl.,

S. 108 ff., habe ich ausführlich die Analyse eines Asthmatikers geschildert, bei dem zu Zeiten an Stelle der Asthmaanfälle gewaltiger Harndrang auftrat. Außer anderen Determinanten erklärte Patient jeden solchen Anfall als eine Geburt: er spielt dabei eine Schwangerschaft, bekommt einen großen Bauch, preßt und entleert Flüssigkeit.

Während der praktischen Analysenarbeit kann man es wiederholt erleben, daß gelegentlich der Aufdeckung von Schwangerschafts- oder Aborterinnerungen auch Blasen- oder Darmsymptome auftreten. Einen solchen Fall habe ich im Rahmen einer Migräne-Analyse bei einem Bauern veröffentlicht.

Bei Frauen kommt gelegentlich auch eine Parapathie am Genitale selbst dazu. So bestanden bei einer 35jährigen mageren Frau neben unerträglichen Menstruationsschmerzen, die sie zwangen, jedesmal eine Woche im Bett zu liegen, auch jedesmal vor Eintritt der Periode Harn- und Stuhlverhaltung und schließlich Abgang großer Kotklumpen beim Eintritt der Blutung. Sie beschrieb die Schmerzen als wehenartiges Pressen, „als ob die ganze Gebärmutter wegginge". Die anästhetische Frau war kinderlos und lebte — je näher sie dem Klimakterium kam, in umso größerer Angst, kinderlos zu bleiben. Sie hatte oft einen stereotypen Traum: *Sie trägt einen Violinkasten, in den jemand sticht. Da zerbricht der Kasten und eine kleine Violine fällt heraus.* Unter großen Widerständen beichtete die Frau schließlich, daß sie vor der Ehe einen kriminellen Abortus durchmachte. Ihre Dysmenorrhöe und die Blasen-Darmbeschwerden sind nicht bloß die Wiederholung dieses Traumas, sondern auch die Strafe dafür und zugleich die zur Wunscherfüllung führende Annullierung der Menstruation, die Erfüllung einer richtigen Geburt.

Es wäre natürlich lächerlich, zu meinen, daß in jedem Fall von Blasen- oder Mastdarmstörungen solche Schwangerschaftsmechanismen zu finden seien. Immerhin aber sind sie nicht allzu selten, wenn die klinische Untersuchung überhaupt die Annahme einer psychischen Ursache der Störungen nahelegt.

Das Organsymptom im Traume

Von Dr. E. Gutheil, Nervenarzt in Wien

Freuds grundlegendes Werk „Die Traumdeutung"[1]) bedeutet einen Markstein in der Entwicklung der neuzeitlichen Seelenkunde. Es erschloß nicht nur dem Seelenarzte die tieferen Schichten der Persönlichkeit seines Kranken, sondern ermöglichte es auch, eine allgemeine Tiefenpsychologie zu begründen.

Freud und seine Jünger trugen Stein auf Stein zusammen, bis aus dem Nebelgebilde, das ursprünglich die Traumdeutungskunst darstellte, der stolze Bau einer wissenschaftlichen Traumlehre entstand. Doch dann kam es nach den Worten Freuds zu einem Stillstand der Forschung. Der

[1]) Verl. Deuticke, Wien-Leipzig; Ges. Ausgabe Bd. 2, Int. psa. Verlag, Wien.

Meister beklagt sich darüber in seinem letzten Werke[1]), indem er sagt:

„Durchblättern Sie mit mir die Jahrgänge der ‚Internationalen Zeitschrift für (ärztliche) Psychoanalyse', in denen seit 1913 die maßgebenden Arbeiten auf unserem Gebiet vereinigt sind. Sie finden in den früheren Bänden eine ständige Rubrik ‚Zur Traumdeutung' mit reichen Beiträgen zu den verschiedenen Punkten der Traumlehre. Aber je weiter Sie gehen, desto seltener werden solche Beiträge, die ständige Rubrik verschwindet endlich ganz. Die Analytiker benehmen sich, als hätten sie über den Traum nichts mehr zu sagen."

Freud hat mit seinen Ausführungen recht, sofern er die ständigen Mitarbeiter seiner Zeitschrift, nämlich die passiven Analytiker meint. Er ist aber leider an den Fortschritten der Traumdeutung vorbeigegangen, die seither Stekels Forschung im Rahmen der „aktiven Psychoanalyse" erzielen konnte. Diese bestehen in der Hauptsache darin, daß der Analytiker, ohne den Boden der Wissenschaftlichkeit zu verlassen, sich von der mühevollen und zeitraubenden Assoziationsarbeit des Kranken in höherem Maße unabhängig macht. Der Vorteil ist unbestreitbar, denn er beinhaltet bei Berücksichtigung der Rolle, die die Traumdeutung in der Psychoanalyse spielt, die Abkürzung des analytischen Heilverfahrens.

Im folgenden sei mir nun gestattet, die Grundzüge der „aktiven" Traumdeutung Stekels aufzuzeigen, und bei dieser Gelegenheit mein eigentliches Aufsatzthema: „Das Organsymptom im Traume" zu behandeln.

Eine 42jährige verheiratete Frau, die an globusähnlichen nervösen Kehlkopfsymptomen leidet, träumt:

„Ich bin in einem Ballsaal. Trage ein schwarzes Seidenkleid. Ein Mann frägt mich, ob ich ihn heiraten werde. Dann frägt mich ein anderer Mann dasselbe. Schließlich bittet mich mein zukünftiger Schwiegersohn um die Hand. Ich sage: ‚Sie könnten doch mein Sohn sein!' Er erwidert: ‚Um so besser'.

Dann sehe ich ein Pferd, das sich mehrmals häutet. Jemand sagt: ‚Das ist sehr gut, je älter es ist, desto besser eignet es sich zu einem Rennpferd'. Während des Gespräches merke ich, daß das Pferd eine Schlinge um den Hals hat, die jemand, den ich nicht sehe, zusammenzieht. Ich sehe die Augen des Pferdes in Todesangst hervorquellen, schreie auf und erwache mit Herzklopfen und einem starken Hustenanfall."

Es handelt sich hier um einen sogen. „Körperreiztraum" (Freud). Wir dürfen erfahrungsgemäß annehmen, daß es die Schleimansammlung im Rachen der Kranken war, die das Gefühl der Luftnot erzeugt hat, welches Gefühl im Traume in der Szene von dem gedrosselten Pferd zum Ausdruck kam. Das quälendste Symptom unserer Kranken, ein Symptom, dessentwegen sie in Behandlung kam, ist das Gefühl, als steckte ein Stück Schleim in ihrem Kehlkopf, das sie aushusten müsse. Im Traume erscheint das Symptom der Kranken in verzerrter Form. Wir erfahren jedoch noch nichts über den „latenten Inhalt" dieses Traumes. In der Drosselszene sehen wir ein Stück „Traumarbeit", u. zw. den Vorgang der „Symbolisierung": Das gedrosselte Pferd, dessen Gefühle die Träumerin so genau miterlebt, stellt nämlich nach dem oben Gesagten die Träumerin selbst dar. Der Grund einer Symbolisierung liegt erfahrungsgemäß stets in dem Umstande, daß die darzustellenden Ereignisse aus irgendeinem Grunde für das Bewußtsein des Träumers peinlich sind. Wir werden uns daher tiefer mit dieser Frage beschäftigen müssen.

[1]) „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", Int. psa. Verlag 1933.

Um einen Traum richtig zu deuten, muß man ihn nach Stekel vorerst „simplifizieren“, d. h. die Handlung bis zu ihrem Gerippe vereinfachen. Der vorliegende Traum läßt sich in diesem Sinne in zwei Teile zerlegen, die wir auf die folgende Art bezeichnen wollen:

A.) „Der Heiratsantrag“ und B.) „Das gedrosselte Pferd“.

Im Teil A ist die Träumerin die Hauptperson, im Teil B das Pferd; doch ist es, wie bereits hervorgehoben, außer Zweifel, daß beide Traumgestalten wesensgleich sind.

Im ersten Teil stellen mehrere Männer der — verheirateten — Kranken Heiratsanträge. Ein Unsinn? Es gibt im Traume keinen Unsinn; auf dem scheinbaren Unsinn liegt sogar (nach Stekel) ein Hauptnachdruck. Wir müssen annehmen, daß die Kranke sich im Traume entweder noch nicht verheiratet, oder bereits geschieden, oder aber verwitwet sieht. Gegen die erste Möglichkeit spricht der Satz: „Sie könnten doch mein Sohn sein“. Die Träumerin ist hier also nicht mehr jung. Die Scheidung und der Tod des Gatten sind daher die einzigen übrigbleibenden Möglichkeiten. Da die Kranke im Traume ein schwarzes Seidenkleid auf dem Ball (!) trägt, somit in Trauer ist, neigen wir dazu, die letzte Möglichkeit anzunehmen. (Es genügt, andere Träume der Kranken durchzusehen, um den Todesgedanken deutlich nachweisen zu können.) Das Ausschalten des Gatten durch Todesfall entspricht einem unterbewußten Todeswunsch der Kranken. Wir können den bewußtseinspeinlichen Gedanken der Träumerin folgendermaßen zusammenfassen:

„Ich wünsche meinem Gatten den Tod, um wieder ins Leben (Ballsaal) treten und neue, bessere Heiratsmöglichkeiten erhalten zu können.“

Tatsächlich ist — wie die Nachfrage ergibt — die Ehe der Kranken als unglücklich zu bezeichnen und auch die sexuellen Beziehungen sind für unsere Kranke niemals befriedigend gewesen. Von Bedeutung ist auch, daß der Gatte der Kranken um 8 Jahre jünger ist als sie.

Die drei Männer, die im Traume den Heiratsantrag stellen, treten nicht gleich scharf hervor. Das Bild der ersten zwei Männer verschwimmt rasch, während das des Schwiegersohnes bis zum Schlusse in voller Schärfe verbleibt. Für die drei Männer gilt der Grundsatz der „Darstellung des Allgemeinen durch das Besondere“. Statt „drei Männer“ können wir mit vollem Recht allgemein: „Männer“ sagen, und den betreffenden Satz lesen: „Männer machen mir Heiratsanträge“. Im besonderen muß jedoch auch der Wechsel der Personen berücksichtigt werden. Wieder wird ein Stück „Traumarbeit“ offenbar, das mit dem Mehrfarbendruck große Ähnlichkeit aufweist. Wie im Dreifarbenverfahren die Einzelfarben, so stellen auch die drei in der gleichen Lage befindlichen Traummänner ein und dasselbe Bild dar, welches im Zustande der zunehmenden Verdeutlichung begriffen ist. Immer klarer wird der Antragsteller des Traumes zum Schwiegersohn. (Grundsatz: Hinter einer bewußtseinsfähigen „Vielheit“ steht eine verpönte „Einheit“). Denn wird ein über die Leiche des Gatten hinaus geschlossenes neues Bündnis von der Moral der Kranken abgelehnt, so ist dies um vieles eher der Fall, wenn der neue Bewerber überdies noch der zukünftige Gatte der Tochter sein soll. Der zweite bewußtseinsunfähige Wunsch, der im Traume (als „latenter Inhalt“) einen Niederschlag findet, ist somit der sexuelle Gedanke der Kranken an den Bräutigam ihrer Tochter. Es ist nach dieser Sachlage mit einer unterbewußten Neideinstellung der Mutter gegen die Tochter zu rechnen. Wenn dies aber der Fall ist, dann muß gleichzeitig auch untersucht werden, ob die Mutter, die ihre Tochter um den Mann beneidet, dieser nicht ebenfalls den Tod wünscht; denn nur diese Lösung brächte sie ihren selbstsüchtigen Wünschen näher. Wir merken uns daher das Verhältnis: „Mutter—Tochter“ zur genaueren Besprechung vor.

Wir lassen nun die Kranke zu diesem Punkte nach Belieben assoziieren und erfahren, daß die Mutter der Tochter tatsächlich unterbewußt den Tod wünscht, und aus diesem Grunde auch von schweren Schuldgefühlen erfüllt ist. Wiederholt hat — wie die Nachfrage ergibt — die Kranke ihre Tochter in Träumen sterben gesehen, ihre bewußte Einstellung zur Tochter ist die einer infolge von Schuldbewußtsein überbesorgten Mutter. Es zeichnen sich bereits die Umrisse eines unterbewußten Lebensplanes unserer Kranken, den wir folgenderweise präzisieren können: Um eine bessere Liebeswahl treffen zu können, räumt sie die beiden Hindernisse: den Gatten und die Tochter aus dem Wege.

Wir wenden uns nun der Besprechung des Verhältnisses: „Mutter—Sohn" zu. Auch hierin gewähren wir der Kranken vorerst volle Freiheit der Assoziation und lassen keine noch so geringfügige Einzelheit unbesprochen. Wir erfahren, daß die Kranke ihren Sohn „abgöttisch" liebt und lediglich darunter leidet, daß der junge Mann so wenig in Frauengesellschaft weilt. (Er ist an die Mutter fixiert!) Sie habe als „aufgeklärte" Mutter sogar die Absicht gehabt, ihm ein Mädchen für sexuelle Zwecke zuzuführen, um „seine Männlichkeit zu stärken". Unsere Vermutungen erweisen sich also bestätigt; es besteht tatsächlich eine Mutter-Sohnfixierung.

Es drängt sich da aber auch der Gedanke auf, ob die Kranke nicht schon seit jeher Zuneigung zu jüngeren Männern gehabt hat, da sie einen um 8 Jahre jüngeren Gatten geheiratet hat. Um die Frage der Ehewahl zu verstehen, ist es nötig, den sogenannten Elektrakomplex, d. h. die Beziehung der Kranken zu ihrem Vater zu untersuchen, da nach den Auffassungen Freuds die Vatereinstellung bei der Frau für deren Liebeswahl entscheidend ist.

Die Besprechung des „Vater-Tochter"-Verhältnisses bildet den nächsten Analysestoff. Die Kranke gibt an, daß sie an ihrem Vater sehr leidenschaftlich hing, während sie der Mutter eher kühl gegenüberstand. Sie habe die Mutter stets als eine kranke, ewig hustende Frau gekannt. Die Mutter sei an Tbc gestorben, als Patientin 19 Jahre alt war. Patientin habe sie aufopfernd gepflegt. Wir denken an die Kehlkopfsymptome unserer Kranken, suchen herauszufinden, ob die Kranke nicht an die Möglichkeit einer Kehlkopftuberkulose denkt und ferner, ob nicht bei ihren Symptomen eine auf Selbstbestrafung beruhende Identifizierung mit dem Leiden der Mutter (poena talionis) vorliegt. Die Kranke wird sich nun während der Erzählung tatsächlich bewußt, daß sie sich während der Krankheit ihrer Mutter oft gewünscht habe, die Mutter hätte schon ausgelitten. Nach dem Tode der Mutter habe sie auch, wenn auch flüchtig, daran gedacht, daß sie zur Strafe für ihre Gedanken, ebenfalls an Tbc etwa an Kehlkopf-Tbc sterben würde.

Die Wirksamkeit der Talion wäre anzunehmen, wenn das Symptom kurze Zeit nach dem Tode der Mutter aufgetreten wäre. In unserem Falle war dies aber nicht nachzuweisen. Die Symptome waren zur Zeit der aktivanalytischen Behandlung kaum ein Jahr alt; sie traten auf drei Monate nach der Verlobung ihrer Tochter.

Wir können zusammenfassend sagen, daß die Vaterfixierung unserer Kranken von dieser später mit Hilfe eines bekannten psychischen Mechanismus auf ihre Sohn-Fixierung übertragen wurde. Der Schwiegersohn hat diesen verdrängten Begehrungswünschen als Sohn-Imago ein erreichbares Ziel geboten und damit alte Konflikte reaktiviert.

Wir schreiten nunmehr zur Besprechung des Traumteils B, dem wir die Überschrift „Das gedrosselte Pferd" gegeben haben. Wie vorhin gesagt wurde, stellt das Pferd die Träumerin dar. Wir können hier etwas genauer sagen: es stellt das „tierische Ich" der Träumerin dar, und denken an Centauren, die Sphinx und andere Symbole der Zwiespältigkeit des menschlichen Wesens. Das Pferd häutet sich im Traume. Eine kurze Nachfrage ergibt, daß die Kranke in der letzten Zeit aus Gründen der Schönheitspflege mehrere hautschälende Höhensonnenbestrahlungen genossen habe. Sowohl der Teil A als auch B behandeln das Altersproblem. Die Wiederholung des

Motivs beweist dessen Wichtigkeit (Stekel). Im Traumteil B vertritt die Träumerin den sonderbaren Standpunkt, man werde mit zunehmenden Jahren immer wertvoller („je älter es ist, desto besser eignet es sich zum Rennpferd"). Der Wunsch ist der Vater dieses Gedankens. Während die Kranke nun ihre körperlichen Werte prüft und sich in selbstsüchtigen Plänen wiegt, erreicht sie die Strafe des Herrn („jemand, den ich nicht sehe"). Sie sieht im Traume, im Bilde des gedrosselten Pferdes, ihre unter Atemnot sterbende Mutter, sie sieht aber darin auch das gespenstische Bild ihres eigenen Todes als Strafe für die Todeswünsche gegenüber Mutter und Tochter. Angst befällt sie, sie zerreißt das Gewebe ihrer Traumgespinste und rettet sich, indem sie jäh erwacht, in die Wirklichkeit.

Zusammenfassend können wir sagen: Der Traum dürfte im Zusammenhange mit einem „Körperreiz" (Schleim im Halse) entstanden sein. Nach meinen Untersuchungen entstehen Träume erst während des Erwachens, in jenem Zwitterzustand des Bewußtseins, in dem aus dem „Unbewußtsein" (das für den Schlaf charakteristisch ist) das „Bewußtsein" (für den Wachzustand charakteristisch) allmählich emporflackert. Es ist daher meiner Ansicht nach anzunehmen, daß der Körperreiz reflektorisch zum Erwachen geführt hat und erst während des Erwachens der Traum erfolgt ist. Wie wir wissen, besteht der Traum in seinem Urzustande aus knäuelartig zusammengewürftelten Denkgefühlen, bei denen es kein Nacheinander, sondern nur ein Nebeneinander gibt, und erst die Erinnerung an das Geträumte ermöglicht eine Ordnung der Traumgeschehnisse nach den Gesetzen der Logik, wobei (nach Freud) noch allerlei Widerstände der Erinnerung zu überwinden sind. Beide Traumteile sind daher psychologisch als eine Einheit aufzufassen. Der Traum, der sich nun an den Körperreiz angeschlossen hat, ist ein selbständiges Gebilde und enthält als „latenten Inhalt" die besonderen Konflikte der Kranken: Sie wünscht ihrem Gatten und ihrer Tochter den Tod, um mit dem Schwiegersohn die versäumten sexuellen Gelegenheiten nachzuholen. Als moralische Person verdrängt sie diese Wünsche, doch fürchtet sie sich nun vor der Strafe. In ihrem Symptom, das ihr Erinnerung und Mahnung zugleich bedeutet, nimmt sie diese Strafe vorweg (Selbstbestrafung).

In dem besprochenen Traume haben wir mehrere lehrreiche Erkenntnisse gewonnen. Vorerst, was die Technik der Deutung betrifft: Wir haben soviel als möglich ohne Mithilfe der Kranken aus der symbolischen Verkapselung herausgeschält. Nur wenige Einzelheiten mußten nach unserem Wunsche durch nähere Angaben der Kranken klargestellt werden.

Meiner Meinung nach wird die Traumdeutung so lange anfechtbar bleiben, solange es dem Analytiker nicht möglich sein wird, zumindest das Gerippe des Traumes unabhängig von allen Assoziationen des Kranken zu erfassen. Die Assoziationen, die zu den einzelnen Traumteilen geliefert werden, haben einen ebenso fragwürdigen Wert wie die Traumsymbole. Sie ließen sich auch ebenso deuten wie diese (S. Löwy). Es gibt keinen verläßlichen Wertmesser, um zu entscheiden, welche von den vielen Mitteilungen des Kranken zum Traume als wesentlich anzusehen und welche zu vernachlässigen sind. Die psychologische Einsicht — und die Intuition (!) des Analytikers müssen hier entscheiden. Es ist meine feste Ueberzeugung, daß die Traumdeutung erst dann als lehr- und lernbare Wissenschaft bestehen wird, wenn wir in unserer Deutungstechnik soweit unab-

hängig geworden sind, daß wir (bis auf kleine Informationen über handelnde Personen und Ereignisse) auf die Assoziationen verzichten können. Wir werden dann zweifellos weniger, aber umso verläßlicher deuten. Der Reichtum an Einzeldeutungen und deren Tiefe werden dann nur von dem Scharfsinn und der Intuition des Traumdeuters abhängen. Sie werden den wahren Künstler unter den Traumdeutern auszeichnen, und von jenen Eigenschaften Zeugnis geben, die bereits jenseits der Lehr- und Lernbarkeit liegen.

Für das Verständnis des Symptoms haben wir durch diese aktiv-analytische Traumdeutung sehr wertvolle Anhaltspunkte gewonnen. Wir konnten die globusähnlichen Erscheinungen, an denen die Patientin litt, als Zeichen der Identifizierung der Kranken mit einer Erstickenden mit Sicherheit erkennen. Als Grund dieser Identifizierung haben wir die Selbstbestrafung wegen verpönter Wünsche festgestellt. Hiedurch haben wir für eine ursächlich gerichtete Therapie des parapathischen Symptoms eine verläßliche Handhabe gewonnen.

Die hier geschilderten Zusammenhänge sind typisch. Träume, die ein Symptom enthalten, enthalten gewöhnlich auch die pathogene Situation, wenngleich in der Mehrzahl der Fälle — wie in dem unseren — in symbolischer Entstellung. Sie sind für den Psychotherapeuten von größter Wichtigkeit.

VARIA

Psychischer Überbau einer organischen Schwerhörigkeit

Von Dr. O. Kratter in Bergen (Norwegen)

Ein 25jähriges Mädchen kam wegen ihrer Frigidität in psychotherapeutische Behandlung. Sie litt überdies an Schwerhörigkeit, welche durch eine in frühester Kindheit bestandene tuberkulöse Erkrankung verursacht wurde. Im linken Ohr fehlte das Trommelfell vollständig, während das rechte Ohr noch unbedeutende Reste aufwies. Bei lautem und deutlichem Sprechen hörte und verstand Patientin bis zu Abständen von 1½ m. Allerdings gab es — wie im Laufe der Behandlung beobachtet werden konnte — auch Zeiten, in denen sich ihre Schwerhörigkeit wesentlich verstärkte.

Nach A. Adler ist die Schwäche eines Organsystems, die sogenannte Organminderwertigkeit, die Vorbedingung zur psychischen Erkrankung, was auch hier gegeben ist. Außerdem ist die Polyphonie des Denkens (Stekel) bei unserer Patientin gestört; sie hört zu sehr nach innen, lauscht den vielfachen Stimmen in sich selbst und verschlimmert damit ihre Schwerhörigkeit. Im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung gelang es uns, jene Faktoren, welche zu Minderwertigkeitsgefühlen geführt hatten, zu beheben und durch Übungen in der Konzentration zur Aufmerksamkeit auch eine funktionelle Mehrwertigkeit des Hörorgans zu erzielen, so daß die Patientin nach der Behandlung — die zirka sechs Wochen dauerte — fast die doppelte Hörweite, also Abstände von 3 m erreichte. Damit wurde Patientin heiterer, lebensfreudiger, zeigte ein gehobenes Selbstgefühl und gab ihre Passivität auf.

An Hand eines der ersten Behandlungsträume möchte ich hier darstellen, wie sehr und auf welche Weise die Minderwertigkeitsgefühle der Patientin somatisch und psychisch zum Ausdruck kamen und inwieferne die organische Schwerhörigkeit eine psychische Aufpfropfung erhielt.

Der Traum lautet:

„Ich bin mit meiner Stiefmuter in einem kleinen Zimmer. Ich habe Halsschmerzen und sie wickelt mir ein Tuch um den Hals. In der linken Ecke des Zimmers befindet sich an der Decke eine kleine Öffnung, aus welcher ich rauhe, unfreundliche Stimmen vernehme, ohne zu verstehen, was gesagt wird.

Ich will dann in die Schule gehen, einen Regenschirm unterm Arm haltend. Derselbe hat aber keinen Handgriff und ich lasse ihn darum zu Hause.

Draußen treffe ich eine Dame (Mitschülerin), die mich zur Schule begleitet; ich kann mich aber nicht entsinnen, wovon wir sprachen.

Plötzlich allein, gehe ich einen Weg, der zu einem hohen Berg führt; ein dichter Nebel umhüllt den Gipfel. Ich begegne Menschen, die mich stumm ansehen, sich dann umdrehen und gegen den Gipfel des Berges blicken. Nach und nach teilt sich der Nebel, ich sehe ein bißchen blauen Himmel.

Ich treffe abermals die Dame und wir eilen zur Schule. Der Weg war steinig und uneben. Ich sehe den Lehrer; er ist mager, hat schwarzes Haar, schwarze Augen und einen langen Spitzbart. In der Nähe der Schule liegt ein tiefer See.“

Ich bringe nun die Deutung des Traumes an Hand der vorgebrachten Assoziationen.

Die Stiefmutter war recht grausam. Unsere Patientin bekam Schelte und Schläge und es gab oft Szenen, in denen die Stiefmutter sie bei den Haaren von einem Zimmer ins andere schleifte. Im übrigen war der Vater auch nicht besser. Das kleine Zimmer symbolisiert die Kinderstube. Patientin war ein trotziges Kind und konnte sehr heftig werden. Geriet sie in Zorn, dann begann sie zu stottern (das Tuch um den Hals). Auf dem linken Ohr hörte sie schon immer sehr wenig (kleine Öffnung, linke Ecke). Zu Hause bekam sie nur unfreundliche Worte zu hören. Vater und Stiefmutter hielten ihr oft vor, daß sie dumm sei, und bald glaubte sie, daß alle Leute sie für dumm und unbegabt halten müßten. Das kleine Zimmer ist auch das Gefängnis, in dem ihr Vater sehr häufig saß. Seine Delikte waren: Trunksucht, Unterschlagungen, Einbruch und ähnliches mehr. Als Kind bereits schämte sie sich, mit dem Vater über die Straße zu gehen und wollte nur ja nichts hören von dem, was die Andern über ihn und seine verbrecherischen Neigungen erzählen könnten. Seine beiden ersten Frauen hatte er mit seiner Tuberkulose angesteckt; beide sind tot. Mit der dritten Frau lebt er ebenfalls in fortwährendem Zank und Hader. Patientin macht sich nun Vorwürfe wegen ihrer Haßgedanken ihm und der Stiefmutter gegenüber (die rauhen Stimmen von oben).

Patientin ist verlobt. Der Vater aber ist dagegen und es kommt deshalb zu Streit und zu Tätlichkeiten. Einmal, in Geldverlegenheit, brach der Vater den silbernen Handgriff vom Regenschirm des Bräutigams ab und verkaufte ihn. Das ist der fehlende „Handgriff“ im Traum, der gleichzeitig das defekte Ohr symbolisiert und überdies eine Verunstaltung der Hand, über die sich Patientin sehr kränkt.

Die Niederschläge im Traum deuten auf ihre depressiven Stimmungen hin; es ist nichts Heiteres, nichts Freundliches in ihrer Seele.

In der Schule ging es der Patientin nicht sehr gut. Einerseits konnte sie ihres schlechten Gehörs wegen nicht so dem Unterrichte folgen, wie es nötig gewesen wäre, andrerseits war ihre Phantasietätigkeit zu rege, so daß sie sich nur schwer auf das Lernen konzentrieren konnte. Stets mußte sie in der Schule daran denken, was es zu Hause geben werde — ob der Vater betrunken sein, mit der Mutter Streit haben, ob sie selbst Schläge bekommen werde.

Die Dame, die sie begleitet, ist ihr zweites Ich. Deren plötzliches Verschwin-

den wird wohl auch das Wegbleiben des Gehörs bedeuten. Der Nebel zeigt das psychische Skotom, doch gleichzeitig auch die Trunksucht des Vaters an („benebelt sein").

Was im Traum gesprochen wird, versteht sie kaum. — „Werde ich auch alles verstehen können, was Sie zu mir sagen?" das war, als sie in Behandlung kam. ihre große Befürchtung.

Auch die zukünftige Schwiegermutter ist gegen die Verlobung und die Patientin hat Angst, vielleicht gar nicht heiraten zu können, für immer allein bleiben zu müssen.

Dann aber teilt sich der Nebel, es kommt ein Stück blauer Himmel, ein Stück Hoffnung, gesund zu werden und besser hören zu können.

Ihre Mutter starb, als Patientin zwei Jahre alt war. Sie hat viel geweint und sich nach der Mutter gesehnt, nach dem Himmel gesehnt, in dem die Mutter weilt. Sie wollte sterben und begegnet im Traum dem „Schatten des Jenseits" in den Leuten, die ihr entgegenkommen. Hier drückt sich auch ihr Minderwertigkeitsgefühl aus — sie versteht nicht, was diese Leute sprechen und ist deshalb davon überzeugt, daß alle sie für dumm halten.

Ihr Lebensweg ist steinig und uneben. Immer Zank, immer Schelte und Schläge. Die Stiefmutter sagte: „Was hast du doch für einen plumpen Gang!" Sie schämte sich und blieb zu Hause. In der Schule war sie oft so sehr verzweifelt, daß sie ins Wasser gehen wollte (der tiefe See).

Leute mit einem kleinen Kinn, so hörte sie, sind willensschwache Menschen. Auch ihr Bräutigam neckte sie darum. So erklärte sie sich denn für willensschwach. Der Lehrer mit dem langen Spitzbart ist nun der starke Mensch mit dem übermäßig verlängerten Kinn. Der Lehrer personifiziert überdies die Autorität, die der Patientin viel zu schaffen macht. Der Lehrer, der Vater, die Stiefmutter, die zukünftige Schwiegermutter, sie alle haben nicht gut an ihr gehandelt und redlich geholfen, ihr Selbstgefühl zu zerstören.

Der Traum führt sie durch das ganze Leben, von der Geburt bis zum Tode. Der magere Lehrer ist ein Todessymbol. Zuerst zieht die traurige Zeit im Vaterhause vor ihren geistigen Augen vorüber. Vergebens hat sie sich auf das „Nichthören" eingestellt. Sie kann den Wortlaut nicht verstehen, aber sie kann den Sinn erraten. Die einzige Rettung wäre es, die Vergangenheit zu überwinden und sich über ihr Leid zu erheben. Die „anagoge" Tendenz symbolisiert der Gipfel des Berges. Alle Menschen weisen darauf hin, sie sieht sogar ein Stück des blauen Himmels. Aber ihr fehlt die Kraft, den Berg zu ersteigen. Zu schwer ist die Aufgabe, die das Leben ihr stellt. Sie verzweifelt an der Erfüllung. Das Beste wäre, überhaupt nichts mehr von der Welt zu hören und den Tod als Befreier begrüßen zu dürfen.

Eine Dermatose post coitum

Von Dr. Fritz Wengraf in Wien

Die Anamnese einer angstkranken Frigiden ergab das Bestehen einer eigenartigen urticariellen Dermatose, die einige Ähnlichkeit mit dem bekannten, von Homburger beschriebenen Fall zeigt[1]). Sie befiel die Innen- und Beugeseiten der Ober- und Unterarme, die Oberbrust, sowie manchmal auch die Innenseiten der Oberschenkel. Zuerst zeigten sich multiple punktförmige Rötungen, die sich nach kurzem Bestehen vergrößerten und zu flachen, wenig geröteten Effloreszenzen veränderten, die zum Teil konfluierten. Im Verlauf von etwa 10 Stunden schwand das Exanthem allmählich.

---

[1]) „Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatose." Z. Neur. 82, 1923.

Sein Auftreten war an eine bestimmte Gesetzmäßigkeit gebunden: nur wenn Patientin die Nacht nach einem Koitus gemeinsam mit ihrem Verlobten im Bett verbrachte, stellte es sich ein. Der Koitus allein war jedoch ebensowenig wie eine ohne Beischlaf mit dem erwähnten Mann gemeinsam verbrachte Nacht imstande, die Dermatose hervorzurufen, was als differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber einer allergisch bedingten Hauterkrankung erwähnt werden muß. Da das Paar seine Nächte in verschiedenen Betten gemeinsam zugebracht hatte, da die Effloreszenzen auch bei anderen Männern unter den gleichen Bedingungen in Erscheinung getreten waren, dürfte die spezifisch allergische Noxe auszuschließen sein.

Diagnostische Sicherungen für die Psychogeneität dieser Dermatose ergab jedoch die Analyse; zunächst schien es, als ob Patientin die Besprechung dieser Erscheinung zu vermeiden wünschte und es war durchaus geboten, das Interesse daran bis zu dem Zeitpunkt zurückzustellen, da die Entwicklung der Behandlung das wesentliche Material zur Klärung dieses Phänomens brachte.

Dies gelang erst, als die Angstanfälle in der Analyse produziert wurden; einige von ihnen zeigten insoferne eine Regelmäßigkeit, als sie beiläufig um die Zeit des Intermenstruums auftraten und bewußt die Befürchtung einer Schwängerung zum Inhalt hatten. Als aber über Anraten des Analytikers für eine Periode jeglicher Verkehr unterlassen wurde, trat an Stelle der Schwangerschaftsangst eine noch quälendere auf, die sich als topophobische äußerte und die Kranke besonders stark in dunklen Zimmern und Gängen befiel. Als Gewinn dieses Experimentes wurde die Erinnerung an ein noch zu beschreibendes Sexualtrauma gebucht, das an der Patientin in ihrem 4. Lebensjahr vollzogen worden war.

In der Zeit zwischen ihrem 14. und 16. Lebensjahr befriedigte sich die Kranke, indem sie einen länglichen Gegenstand in ihre Scheide einführte und mit ihm stundenlang ihren häuslichen Besorgungen nachging. Dann aber gab sie diese Form der Selbstbefriedigung auf und wendete sich homosexuellen Phantasien zu: sie band ihre Brust an der Basis ab, bis diese gleich einem Penis erigiert war und nun verwendete sie dieses Organ gleich einem Mann, indem sie (in der Phantasie) mit einem Mädchen geschlechtlichen Umgang pflegte.

Die Realität des ersten Koitus machte dieses Gehaben und die damit verbundenen Phantasien illusorisch. Die tiefe Enttäuschung darüber, daß sie ihre Hingabe ohne jedes Lustgefühl erlebte, ließ sie gegen ihre Rolle als Frau protestieren. Sie wurde nun ein „Übermann", der nicht einen Penis hatte, sondern dem gleich hunderte hervorsprossen.

Weiters stellte das Symptom einen parapathischen Schutz vor der so arg gefürchteten Schwangerschaft dar: Wenn der Koitus imstande war, so schnell „Knospen" und diese in so großer Zahl hervorzubringen, so war es als wahrscheinlich anzunehmen, daß diesmal die Gebärmutter von einer solchen verschont bleiben werde.

Eine andere Beziehung wies auf die Mutteridentifizierung hin. Die Mutter hatte der Kranken durch ihr hemmungsloses Verhalten des öfteren Gelegenheit geboten, sich ihrer zu schämen. Die Familie hatte oft gemeinsame Weekendausflüge unternommen, nur war an Stelle des Vaters ein anderer Mann der Führer gewesen. Bei jedem Koitus wurde die Kranke an diese Schmach ihrer Mutter erinnert. Dabei berichtete die Kranke, daß sie mit dem ersten Koitus die Fähigkeit verloren hatte, bei Anzüglichkeiten zu erröten. Sie verschob also dieses Unvermögen durch das Symptom auf eine andere Hautpartie.

Endlich drückte sich im Exanthem der Inzest aus; die starke Fixierung an den Bruder, die in der Analyse herausgearbeitet wurde, war in diesem Symptom „erledigt". In jedem Koitus erlebte die Kranke die traumatische Szene aus ihrer Kindheit wieder, die die Bruderbindung beinhaltete. Es war mehr als wahrscheinlich, daß die vom Exanthem befallenen Stellen anläßlich des sexuellen Erlebnisses mit dem älteren Bruder, mit dem sie damals die ganze Nacht in seinem Bett verbrachte, be-

sonders innigen und lustvollen Berührungen ausgesetzt waren, und daß dieses „Urtrauma“ die wichtigste Determinante der vorliegenden Dermatose abgab.

Die Schwierigkeiten, die die Patientin der Analyse dieses Symptoms immer wieder entgegengesetzt hatte, ließen anfänglich die Befürchtung aufkommen, daß mit erreichter Besserung die Besprechung dieser seltenen Dermatose unmöglich werde. Es ergab sich aber ohne jedes Hinzutun des Arztes, daß die Verdichtung, die in dem Krankheitszeichen enthalten war, nach Wegräumung der Angst aufgelöst werden konnte, so daß es nun möglich war, die Abschaffung des Hautsymptoms, des letzten Reservats der Krankheit, zu unternehmen. Erst dann trat zum erstenmal voller Orgasmus beim Koitus auf.

Erfolge und Grenzen der Psychotherapie bei Hautkrankheiten

Klinisch-therapeutische Umfrage

Eine Reihe von hervorragenden Autoren äußert sich in der Dermatologischen Wochenschrift, Bd. 94, Nr. 1, S. 20—26, 1932, zur der im Titel erwähnten Frage. Wir bringen hier auszugsweise die Antworten mit Rücksicht auf ihre große Wichtigkeit für die psychotherapeutische Praxis des Hautarztes:

Bunnemann-Ballenstedt:

Es gibt nicht somatogene und psychogene Leiden nebeneinander, sondern jedes Leiden ist zugleich somatogen und psychogen. Die nervösen Erkrankungen sind aus subjektiv überwertiger Verarbeitung irgend welcher Erlebnisreihen hervorgegangen. Das Erlebnis ist ein affektiv gesteigertes, der Affekt schafft die Fixierung der Komplexe im Unbewußten. Die Psychotherapie hat diese Komplexe im Unbewußten aufzusuchen und zu lösen. Der Erfolg ist vom Grade der Fixation abhängig und von der Beeinflußbarkeit des Trägers der Symptome durch den Arzt. Demnach ist es nicht möglich, die Erfolge einer Psychotherapie der Hautkrankheiten vorauszusagen und ihre Grenzen objektiv abzustecken. Erfahrungsgemäß sind gewisse Hauterscheinungen besonders leicht auf ihre psychogene Bedingtheit zu erkennen und bei günstiger Beeinflußbarkeit zu heilen. Dahin gehören nässende, impetiginöse, pruriginöse, bullöse, erythematöse Symptome. Ferner Hautblutungen sowie Krankheitsbilder wie Urtikaria, Ekzem, Herpes, Akne und Warzen.

Jadassohn-Breslau:

Es erscheint nicht zweifelhaft, daß ätiologisch, pathogenetisch, diagnostisch, therapeutisch und prophylaktisch auf die Psyche der Patienten in der dermatologischen Praxis oft zu wenig Rücksicht genommen wird. Das Gebiet, auf dem wir in der Dermatologie psychisch einwirken sollen, ist unendlich groß. Gewiß gibt es Krankheiten, die wirklich rein psychogen sind, wie viele Pruritusfälle, Trichotillomanie usw. Es gibt aber auch viele Fälle, in denen eine wie immer bedingte Dermatose psychisch bis zur Unkenntlichkeit überlagert ist (z. B. einzelne zur Acné excoriée des jeunes filles gerechnete Fälle, Neurodermatitiden usw.).

Einer besonderen Beachtung und Erfahrung bedarf auch die Frage, wieweit man psychische und somatische Behandlung kombinieren soll. Bei objektiven Veränderungen der Haut ist es im allgemeinen richtig, neben der psychischen eigentlich dermatologische Therapie zu treiben, weil man dadurch das Vertrauen des Patienten zur Heilung erhöht — die psychische Einwirkung braucht darunter nicht zu leiden.

Wenn man die Psychotherapie in diesem allgemeinärztlichen Sinn auch in der Dermatologie systematisch benützt, was gewiß nicht besonders modern, auch nicht besonders geistvoll, aber interessant, allerdings auch mühevoll und zeitraubend ist, dann wird man bei genauerer Beobachtung viele Erfolge sehen und wird die Grenze dieser „Methode“ nicht eng zu stecken brauchen — immer vorausgesetzt, daß man keinerlei somatische Untersuchungen und Indikationen vernachlässigt.

Jolowicz-Leipzig:

Eine kausale Psychotherapie bei Hautleiden ist nur dann möglich, wenn der psychogene Anteil bei der Entstehung des Leidens erheblich ist. Rein psychogene Hauterkrankungen gehören sicher zu den Seltenheiten, wenn man nicht Ereuthophobie und gewisse Formen von Hyperhidrosis zu den Hautleiden rechnen will. Eine psychogene Komponente findet sich dagegen bei manchen Hauterkrankungen, z. B. bei Ekzemen, der Urtikaria, Pruritus usw. Soweit die Haut Ausdrucksorgan ist, kann sie auch zum Ausdruck krankhafter Störung der Seelentätigkeit werden. Die Erkrankungen gelten dann in diesem Sinne als Organneurosen, bei denen eine systematische Psychotherapie erfolgversprechend ist.

Methodisch kommt nur in den Fällen eine große psychoanalytische Behandlung in Betracht, in denen das Hautleiden Teil einer psychogenen Störung der Gesamtpersönlichkeit ist (Sandbanksymptom im Sinne von Kohnstamm). Für die symptomatische Behandlung, wie in vielen Fällen von Organneurosen überhaupt, eignen sich hypnotische oder autosuggestiv trainierende Kuren, etwa im Sinne des Organtrainings von J. H. Schultz.

Memmesheimer-Essen:

In geeigneten Fällen läßt sich durch Hypnose bei juckenden Hautaffektionen ein vorübergehendes Nachlassen des Juckreizes herbeiführen. Dauernde Erfolge durch Suggestivtherapie blieben jedoch versagt. Es scheint die Suggestivtherapie für die Dermatologie mit Ausnahme der Warzentherapie heute noch keine große Bedeutung zu haben. Bei günstigen Vorbedingungen kann sie jedoch die rein dermatologische Therapie unterstützen.

Sack-Baden-Baden:

Theoretisch gesprochen gibt es, abgesehen von Mißbildungen und Traumen, keine Hautveränderungen, die nicht gelegentlich aus psychosomatischen Mechanismen entstehen können. Die Erfahrung hat gezeigt, daß ganz schwere und besonders hartnäkkige Hautkrankheiten auf diese Weise entstehen und festgehalten werden und daß lediglich rationales psychotherapeutisches Vorgehen imstande ist, hier Abhilfe zu schaffen. Bisher sind an der Haut folgende Vorgänge als gelegentlich psychisch bedingt festgestellt worden: Entzündungsvorgänge, vasomotorische Vorgänge, Hämorrhagien, sekretorische Vorgänge (Schweiß- und Talgsekretion), pilomotorische und allergische Vorgänge. Dazu kommen sekundäre Hautveränderungen, die auf psychogene Veränderungen in anderen Körpergebieten zurückzuführen sind.

Werther-Dresden:

Die psychotherapeutischen Erfolge bei Warzen, rein empirisch gewonnen, geben einen eindringlichen Beitrag zum Leib-Seele-Problem. Die Möglichkeit weiterer Erfolge ist groß. Sie hängt von der Erkenntnis der Zusammenhänge und Sammlung von Erfahrungen ab, wobei zwei Mißverständnisse zu beklagen sind. Die Psychiater bekommen die Hautfälle selten zu sehen, und die Dermatologen sind mehr auf Artefakte (Pathomimie) eingestellt als auf psychogene Dermatosen. Zusammenarbeit beider ist daher nötig. Wie jeder innerlich Kranke hat auch jeder Hautkranke außer der Krankheit sein Krankheitsgefühl, je nach der individuellen Lage. Bei schweren Dermatosen (Pemphigus) ist der Lebensmut gesunken, u. U. sind sogar Funktionen zerstört und bedürfen der psychotherapeutischen Belebung. Im allgemeinen sind es bei Hautkrankheiten die Entstellung und das Juckgefühl, welche das Krankheitsgefühl erzeugen. Bei der Entstellung sei an die Warzen erinnert. Das Juckgefühl ist bei verschiedenen Kranken mit derselben Krankheit, z. B. bei Lichen ruber oder Dermatitis herpetiformis, graduell ganz verschieden, je nach der psychischen Widerstandsfähigkeit. Das Juckgefühl bleibt auch zurück, wenn der körperliche Reiz sensibler Nerven geschwunden ist. Es kann aber auch psychogen erregt werden. So durch Angst vor Krankheit (Scabio-, Insektophobie), vor Examen oder Operation, durch „fixierte Affekte" und kann

mit wüsten Exkoriationen einhergehen. Der Pruritus kann lokalisiert sein, z. B. genital bei Angst oder Abneigung. Er kann ferner durch Suggestion erzeugt und geheilt werden. Die psychogenen Dermatosen sind als Organneurosen, d. h. als von Vorstellungen geleitete Darstellungen psychischer Konflikte auf der Haut aufzufassen. Die Haut reagiert mit den Blutgefäßen, Drüsen, glatten Muskeln, Pigment, Kapillarendurchlässigkeit, Stoffwechsel, mit allen zellulären Lebensvorgängen, sogar mit Zelltod. Die Folgen sind Erythem, Urtikaria, Ödem, Neuropathenflecke, Blutaustritte, Blasen, Nekrosen. Lokalisationsbestimmend wirken die psychischen Mechanismen.

Alle diese Formen können zweifellos durch Suggestion in Hypnose erzeugt werden. Was psychogen entstanden ist — sei es suggestiv oder idiogenetisch —, ist auch durch seelische Gegenwirkung beeinflußbar. Der Erfolg setzt sorgfältige Psychanamnese, Erfassung der neurotischen Persönlichkeit und Gewinnung des Kontaktes mit ihr voraus.

Dr. Edmund Lekisch (Wien).

Die Organneurosen in der Allgemeinpraxis

Von Dr. M. Levy-Suhl in Amersfoort (Holland) [1]

Namentlich bei chronischen Krankheitszuständen ist im letzten Jahrzehnt — auch schon in der Kriegszeit (v. Krehl) — von Internisten und anderen Spezialisten die „psychogene" neurotische Natur von Krankheitszuständen in immer zunehmendem Maße erkannt, meist noch unter der Formel der sog. Organneurosen.

Soweit die allgemeine Praxis in Frage kommt — und sie überwiegt sicherlich gegenüber den Fällen der „Kliniker" — halten wir die wie auch immer bei ihm bedingte neuerliche Umkehr von von Bergmann, nämlich die angebliche Überschätzung psychogener Organbeschwerden für verfehlt. Nur insoweit als sein Ruf nach „Abbau der Organneurose" darauf hinausgeht, sorgsamere somatische Untersuchungen anzuregen, können wir ihm zustimmen. Der Psychotherapeut in unserem Sinne kann „Organneurosen" als selbständiges Leiden überhaupt nicht anerkennen, sondern nur neurotische Menschen, die für ihre seelischen Konflikte Ausdrucksphänomene verschiedener Lokalisationen mit Bevorzugung des einen oder andern Organs wählten.

Hieran ändert nur wenig die stets bereite Annahme der endokrinen Verursachung zahlreicher Leidenszustände in der Neuzeit [2]), die vielfach nur einen erneuten Rückfall in die organisch-materialistische Vorstellungsweise darstellt.

Das hier von uns vertretene Prinzip kann auch nicht erschüttert werden durch den Nachweis, daß immer wieder infolge unzulänglicher Diagnostik und in der Empirie stets möglicher ungewöhnlicher Konstellationen eine organische Krankheit verkannt worden war. Das gilt namentlich vom Übersehen eines nur mit nervösen Allgemeinerscheinungen sich kundgebenden Hirntumors.

Es berührt uns auch wenig, daß es verfeinerter diagnostischer Kunst heute viel häufiger gelingt, kleine Geschwüre und Geschwürsnarben im Verdauungstraktus oder feinste tuberkulöse Veränderungen des Lungengewebes usw. nachzuweisen. Vorurteilsfreie Gynäkologen haben seit Jahren — ich nenne nur Walthardt,

---

[1]) Mit Bewilligung des Verlages und des Autors entnehmen wir dieses, auf unser Sonderheft bezughabende Kapitel dem ausgezeichneten und dem allgemeinen Praktiker vorzüglich dienenden Werk: „Die seelischen Heilmethoden des Arztes" (S. 26 bis 27). Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart, 1930. *Die Schriftleitung.*

[2]) Die experimentell-hypnotisch heute weitgehend nachgewiesene psychische Abhängigkeit der inneren Drüsentätigkeit vom Seelenzustand wird von jenen Anhängern viel zu sehr außer acht gelassen. Namentlich gilt dies auch für die Basedowsche Krankheit in vielen leichten Fällen, deren Behebung durch psychische Maßnahmen, auch durch Höhenklima, schon von Oppenheim erprobt worden war.

W. Liepmann, A. Mayer-Tübingen, v. Jaschke — alte Domänen ihrer Chirurgie, wie die zahllos ausgeführten Operationen zur Verbesserung der Gebärmutterlage und früher auch der Wanderniere usw. preisgegeben und ebenso der gynäkologischen Polypragmasie bei fluor albus und Menstrualstörungen die Erkenntnis der seelischen Verursachung entgegengestellt.

Zahlreiche Internisten sind heute bemüht, dem „psychischen Faktor" in ihren Fällen nachzugehen. Aus persönlichem Wissen vermag ich die weitgehende Erkenntnis seiner Bedeutung zu bestätigen bei Internisten wie Guggenheimer, Stroomann, Gurewitsch, Ammann. Hinsichtlich der Darmstörungen vgl. die Arbeiten von Schindler-München.

In der Urologie hat neuerdings besondern Stutzin[1]) den Abbau der somatischen Behandlung zugunsten der psychischen vertreten, in der Ophthalmologie neuerdings H. Sußmann[2]). Auch in der Dermatologie ist der bedeutsame ätiologische Faktor des Psychischen immer mehr erkannt, ich nenne nur Bethmann und Werter. Selbst die Zahnheilkunde hat in der Alveolorrhöe das seelische Moment neuerdings berücksichtigt.

Freilich auch „Autoritäten" oder gerade sie behandeln das als „nervös" Erkannte meist ruhig weiter internistisch.

Wir sehen auch in der Hinwendung eines Bier zur Homöopathie und in der eines Sauerbruch zur Diätbehandlung Gersons das Ergebnis der Enttäuschung durch die bisherige materialistisch-medizinische Auffassung der Krankheitszustände.

In neuester Zeit hat nach den mir im Referat vorliegenden Mitteilungen A. Kronfeld auf dem Nauheimer Kongreß für Psychotherapie 1929 als Ergebnis einer Umfrage bei Internisten festgestellt, daß diese 50 bis 80 und einmal sogar 85% ihrer privaten Praxis als „Organneurosen" erkannt haben, d. i. für uns seelischer Art.

Guggenheimer schätzt nach persönlicher Mitteilung auch in seiner poliklinischen umfangreichen Praxis ebenso wie in seiner privaten den psychischen Faktor in Krankheitszuständen aller Art als mitwirkend hoch ein. In der Pädiatrie ist nach R. Hamburger der Anteil des psychischen Moments, selbst bei Säuglingskrankheiten, von Czerny seit langem weitgehend gewürdigt. Ähnlich auch Hans Sachs als Herzspezialist.

Brief an einen Chirurgen[3])

In einer norwegischen medizinischen Zeitschrift[4]) wurde der Kuriosität halber folgender Brief an den Primarius Dr. S. W., einen bedeutenden Chirurgen in Oslo, veröffentlicht:

Sehr geehrter Herr Primarius!

Entschuldigen Sie meine Anfrage. Ich habe gehört, daß Sie sich auch für Psychoanalyse interessieren und erlaube mir, da ich mich in einer schwierigen Situation befinde, Sie um Rat zu fragen. Mein Name ist Thomasine Z. Ich bin 29 Jahre alt, in Bodö geboren, derzeit in Oslo wohnend. Eine meiner Freundinnen stand zirka zwei Jahre in psychoanalytischer Behandlung. Sie hat mir viel Merkwürdiges erzählt. Es liegt nun in meiner Natur, daß ich gerne zweifle — ich heiße ja Thomasine — und man kann es mir daher nicht verübeln, wenn ich nicht alles glaube, was mir mitgeteilt

[1]) I. I. Stutzin „Uroneurosen" und mit H. Warner „Die Harnblase als Ausdrucksgebiet für neuropsychische Vorgänge", Med. Klinik, 1927 u. 1928.

[2]) R. Sussmann, Psyche u. Auge. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1928.

[3]) Die Kenntnisnahme dieses Briefes verdanken wir der Freundlichkeit des Kollegen O. Kratter (Bergen), der auch die Übersetzung besorgte. *Die Schriftleitung.*

[4]) Tidsskrift for den norske Lægeforening. Oslo, H. 24, 1933.

wird. Wollen aber Herr Primarius so gütig sein und mir in einem Punkte Aufklärung geben, der für mich von großer Bedeutung ist.

Ist es so, wie meine Freundin mir erzählte, daß alle kleinen Kinder, wenn sie an der Brust der Mutter liegen, sexuelle Gedanken haben? Ist es so, daß sie an der Mutterbrust die gleichen Gedanken haben wie Oedipus, der seinen Vater tötete, um die Mutter heiraten zu können? Ja, wenn dies der Fall ist, muß es doch für kleine Kinder ungemein gefährlich sein, an der Mutterbrust zu liegen! Da müssen ja die mit der Flasche aufgezogenen Kinder viel bessere und bravere Menschen werden! Sie werden meinen, es sei sonderbar, auf solche Gedanken zu kommen. Doch ist das nicht so merkwürdig, wenn ich Ihnen mitteile, daß ich zwei gute Freunde habe, die ich liebe — und die ich gerne heiraten möchte. Da ich nicht gut beide heiraten kann, muß ich mich für einen entscheiden. Ich hoffe nun, daß die Psychoanalyse mir helfen kann. Kommt Ihnen das sonderbar vor? Ich will Ihnen gleich verraten: Der eine ist ein Brustkind, der andere ein Flaschenkind gewesen — wie Sie wissen: Flasche mit Gummihütchen darauf. Im Grunde genommen liebe ich das „Brustkind" mehr — aber ich fürchte, es könnte dem bösen Oedipus gleichen. Andererseits bin ich beim „Flaschenkind" auch nicht ganz sicher. Er kann ja Komplexe bekommen, die sowohl Gummi wie Flasche zum Inhalt haben! Und ich kann Männer, die solche Gewohnheiten zeigen, nicht leiden!

Lieber Herr Primarius, geben Sie mir einen Rat. Sie sind klug und erfahren.

Hochachtungsvoll

Thomasine Z.

REFERATE

I. Autoreferate

Kronfeld, Arthur: Lehrbuch der Charakterkunde. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1932. 451 S. In Leinen RM 26.—.

Gerne folge ich der Aufforderung der Schriftleitung, einige Bemerkungen über mein Lehrbuch zu machen, insoweit als es für den praktischen Psychotherapeuten in Betracht kommt. Es ist mir ein aus der Praxis der Psychotherapie selber geborenes Bedürfnis, mit großem Ernste festzustellen: ein Psychotherapeut, der sich über die psychologischen Begriffe, Abgrenzungen und Rechenpfennige, mit denen er arbeitet, keine Gedanken macht — ein solcher Psychotherapeut ist keiner. Es ist auch nicht damit getan, die gewöhnlichen Termini der psychischen Dynamik, Analytik und Komplexlehre einfach zu übernehmen und anzuwenden — und ihre prinzipielle Rechtfertigung anderen zu überlassen. Die Probleme selber stellen unablässig ihre stille Forderung: Gib Auskunft, wovon du sprichst! Wonach bildest du „typische" Merkmale: wie tust du das; was hast du dabei im Sinne? Die Perspektive, unter welcher „der Mensch" in seiner konkreten vereinzelten Wirklichkeit erfaßt wird, ist in Frage gestellt: welche ist sie für den Psychotherapeuten? Ist sie die einzig mögliche? Ist sie die ausgezeichnete? Und wodurch? Und welche anderen Perspektiven bestehen sonst noch? Und welche sind sonst noch möglich? Und wie verhalten sie sich zueinander? Und wie verhält sich „der Mensch" unter einer jeden von ihnen? Wie stellt sich sein Bild dem Betrachter dar?

Man muß schon völlig vom Wahn einer „Schule" besessen sein, um die Berechtigung, ja Notwendigkeit solcher Fragestellung gerade auch für die praktische Psychotherapie nicht zuzugestehen. Nun ist mein Lehrbuch ganz gewiß nicht „für" den Psychotherapeuten geschrieben; es begnügt sich damit, jene oben genannten Fragen systematisch zu beantworten. Aber ich bin unbescheiden genug, zu glauben, daß das

keine kleine Sache ist. Wie diese Beantwortung wissenschaftlich möglich ist und erfolgt, das bitte ich, in dem Buche selber nachzulesen; es ist eine der methodologischen Entdeckungen, die dasselbe darzubieten glaubt; durch sie wird sein wissenschaftlicher Charakter gesichert und damit eine vorteilhafte Abhebung geschaffen gegenüber den dogmatischen „Genieschwüngen des Denkens" (Kant), die Klages und Jung so bewundernswürdig exerzieren. Ich glaube, daß mein Buch ausgesprochen nüchtern ist, im Methodischen wie im Sachlichen. Hinsichtlich des letzten Punktes bemerke ich nur, daß es ein Repertorium sämtlicher möglichen Perspektiven der Charakterkunde an Hand eines systematischen Leitgedankens ist, und daß es jeden dieser Standpunkte an der für denselben kennzeichnendsten charakterologischen Lehre mit Inhalt erfüllt. Die yoistische und taoistische, die romantische, die rassische, die Klagessche, Kantsche, Bahnsensche, Diltheysche, Sprangersche, Jasperssche, Haeberlinsche Perspektive — kurz jede mögliche von Theophrast über Augustin bis zu Kerschensteiner: sie finden Stelle und Darstellung im Rahmen einer immanenten Systematik. Die biologischen Perspektiven — Klinik, Erblehre, Konstitutionsforschung, Sexualtypologie, Genetik (Freud, Jung, Adler) und Soziologie: sie werden lehrmäßig in ihren systematischen und methodischen Beziehungen und Inhalten abgewandelt.

Das Buch trägt ein Motto — und ich erlaube mir, es hier wiederzugeben, denn es verrät das Ergebnis dieser perspektivistischen Systematik. Es stammt von Buddha und lautet: „Was es auch für eine Form sei — vergangene, zukünftige, gegenwärtige, eigne oder fremde, grobe oder feine, gemeine oder edle, ferne oder nahe: alle Form ist, der Wahrheit gemäß, mit vollkommener Weisheit also angesehen: „Das gehört mir nicht, das bin ich nicht, das ist nicht mein Selbst." — Was es auch für ein Gefühl, was es auch für eine Wahrnehmung, was es auch für eine Unterscheidung, was es auch für ein Bewußtsein sei — vergangenes, zukünftiges, gegenwärtiges, eignes oder fremdes, grobes oder feines, gemeines oder edles, fernes oder nahes: alles Gefühl, alle Wahrnehmung, alle Unterscheidung, alles Bewußtsein ist, der Wahrheit gemäß, mit vollkommener Weisheit also angesehen: „Das gehört mir nicht, das bin ich nicht, das ist nicht mein Selbst."

Bjerre, Poul: Ein natürliches System der Träume (Drömmarnas naturliga system). Albert Bonniers Verlag, Stockholm

Wird ein Bissen Speise in den Mund gebracht, so treten sogleich Kräfte in Tätigkeit, um die Speise umzuwandeln und mit dem Körper zu assimilieren; teils erfolgt dies durch bewußte, absichtliche Kaubewegungen, teils durch unbewußte, der Naturordnung zugehörige Drüsen- und Schleimhaut-Tätigkeit.

Genau dasselbe geschieht, wenn unserer Seele ein neues Erlebnis als geistige Nahrung zugeführt wird: Teils suchen wir mittels unserer bewußten Erfahrungen das Neue zu einem Bestandteil von uns selbst zu machen, damit es nicht als ein Fremdkörper störend in unserer Seele liegen bleibe, und zum andern Teil reagiert das Unbewußte in ähnlicher Richtung. Wenn es uns gelingt, das Neue zu assimilieren, so ist das hauptsächlich diesen, der Naturordnung zugehörigen Kräften zu danken. Handelt es sich dabei um ein traumatisches Erlebnis, so nennen wir diesen Vorgang „Heilkraft der Natur".

Es war die Aufgabe der Psychoanalyse, die Auswirkungen der Triebe im Unbewußten zu entdecken und zu beschreiben. Es ist die Aufgabe der Psychosynthese, die Auswirkungen der aufbauenden, assimilatorischen, heilenden Kräfte zu untersuchen. In den zwei Jahrzehnten, die ich dieser Arbeit gewidmet habe, ist mir immer klarer geworden, daß jedes Erzeugnis des Unbewußten sowohl von der analytischen, wie von der synthetischen Seite betrachtet werden muß.

Die einfachste Reaktion des Unbewußten gegen ein neues Erlebnis ist seine sym-

bolische Gestaltung zunächst in unverarbeiteter Form. Das Resultat der Arbeit der assimilatorischen Kräfte ist am Schluß die Darstellung der Assimilierung des neuen Erlebnisses. Zwischen diesen zwei Polen ließ sich eine Reihe von Übergängen und Stufen der Assimilierung vermuten, und eingehende Beschäftigung mit dem Traum hat mir diese Annahme bestätigt.

Gemäß der Methode der Naturwissenschaft, auf Grund empirisch gefundener — wenn auch in ihren Urgründen unerforschbarer — Gesetzmäßigkeiten ein System zu errichten, mittels dessen erst die praktische Nutzanwendung aus den gewonnenen Erkenntnissen möglich wird, schien es mir für die Psychotherapie darauf anzukommen, ein solches für die Krankenbehandlung brauchbares und die subjektive Deutungswillkür möglichst einschränkendes Hilfssystem zu finden.

Mein Buch: „Ein natürliches System der Träume" enthält eine Darstellung und Charakterisierung der obenerwähnten verschiedenen assimilatorischen Stufen und die Aufstellung des Systems der Träume, wie ich es im Laufe der Jahre aus praktischen Gründen in 12 Klassen zu gliedern für zweckmäßig befunden habe:

1. Gestaltung,	4. Entscheidung,	7. Negierung,	10. Umwertung,
2. Anknüpfung,	5. Objektivierung,	8. Aufschwung,	11. Umstimmung,
3. Erweckung,	6. Distanzierung,	9. Identifizierung,	12. Assimilierung.

An zahlreichen Beispielen von Träumen wird die Anwendung des Traumsystems in der psychotherapeutischen Praxis dargestellt.

Das Buch „Ein natürliches System der Träume", das des Verfassers Idee von „Tod und Erneuerung" zur Grundlage hat, ist der dritte Band seiner „Gesammelten psychotherapeutischen Schriften", die in acht Bänden unter Einreihung und Neubearbeitung bereits von ihm vorliegender Werke im Laufe der nächsten drei Jahre vollständig erscheinen und die gesamte Psychotherapie umfassen werden.

II. Allgemeine Psychotherapie

Jung, C. G.: Sigmund Freud als kulturhistorische Erscheinung. Charakter, H. 2, S. 65—70, 1932.

Jung geht von der Voraussetzung aus, daß Freud wie Nietzsche den Protest einer neuen Generation gegen die Moralheuchelei des viktorianischen Zeitalters darstelle. Eine historische Betrachtung Freuds sei gestattet, weil sein Lebenswerk geschlossen vorliege und seine Lehre schließlich auf „einigen wenigen durchsichtigen Prinzipien" beruhe. Der Hauptgedanke sei die Verdrängung der Sexualität; logischerweise verschwinden schicksalsbedingende ethische Motive in der Freudschen Lehre. Wörtlich: „Wie Nietzsche, wie der Weltkrieg, so ist auch Freud, wie sein literarisches Gegenstück Joyce, eine Antwort auf die Krankheit des 19. Jahrhunderts." Freud bedeute kein Programm. „Es ist mehr als ein wissenschaftliches Kausalbedürfnis, das ihn zum Ursachensuchen zwingt, denn sonst könnte es ihm nicht entgehen, daß gewisse psychologische Tatsachen in Wirklichkeit eine andere Begründung haben als die Mißlichkeit der chronique scandaleuse. Ein treffliches Beispiel hierfür ist seine Schrift über Lionardo da Vinci und dessen Zweimütterproblem."

Das sind harte Worte! Jung weist auf den uralten Mythos vom Helden hin, der zwei Mütter hat, was Freud übersehen habe, da er nur immer das suche, was als Unangenehmes oder Negatives dahinter stecke. Auch an „Totem und Tabu" wird kein gutes Haar gelassen. Gerade zwei der genialsten Werke von Freud werden als Beispiele herangezogen, daß Freud Teilwahrheiten vertrete, „deshalb hat er auch die Starrheit des einen Dogmas und den Fanatismus eines Ketzerrichters zum Bestande und zur Wirkung nötig." (Vom Ref. spationiert.)

Das unvergleichliche Meisterwerk „Totem und Tabu" war der Fehdehandschuh,

den F r e u d J u n g hingeworfen hatte. Die Spaltung zwischen ihnen hatte sich schon lange vorbereitet. Zuerst begeisterter Anhänger von F r e u d, der erste, der in einer wissenschaftlichen Arbeit auf ihn hingewiesen hatte, suchte J u n g einen eigenen Weg, der nicht der Weg F r e u d s war. Aber darf man deshalb behaupten, wie J u n g es in dieser Arbeit tut, daß die Neurosen- oder Traumtheorie unseres Lehrers (denn w i r a l l e sind Schüler Freuds!) „für die Wissenschaft von zum Mindesten untergeordneter Bedeutung" ist? Auch ist es kein Beweis gegen F r e u d, daß sich gegen und neben ihm A d l e r durchsetzen konnte. („Diese Tatsache beleuchtet grell die Einseitigkeit der Freudschen Theorie.") Einseitigkeit gehört zum Wesen des Genies. Zitieren wir noch die nachfolgenden Sätze von J u n g: „Eine allgemeine psychologische Theorie, die Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhebt, darf sich nicht auf die Mißbildungen des 19. Jahrhunderts gründen, und eine Neurosentheorie muß auch die Hysterie bei den Maoris erklären. Sobald die Sexualtheorie das enge Gebiet der Neurosenpsychologie verläßt und auf andere Gebiete, wie z. B. primitive Psychologie, übergreift, springt ihre Einseitigkeit und Unzulänglichkeit in die Augen. Einsichten, die aus der Empirie von Wiener Neurosen (! Ref.) zwischen 1890 und 1920 gewachsen sind, lassen sich schlecht auf die Probleme von Totem und Tabu anwenden, auch wenn dies in sehr geschickter Weise gemacht wird. Freud ist in jene tiefere Schichte des allgemein Menschlichen nicht vorgedrungen."

Hinc illae lacrimae! Wer ist der Forscher, dem das alles gelang, was F r e u d nicht erfassen konnte? Die Antwort ist nicht schwer. Alles in allem: Der Aufsatz klingt wie ein Nekrolog auf eine gefallene Größe, die keine Größe war. Die kulturhistorische Bedeutung von F r e u d ist weder verstanden noch gewürdigt worden. Dieser Nekrolog gebärdet sich wie eine Rede pro domo: Alles, was Er nicht leisten konnte, hat ein anderer, ein Größerer geleistet. Le roi est mort, vive le roi!

W. S t e k e l.

Hoche, A. E.: Die Wunder der Therese Neumann von Konnersreuth. J. F. Lehmanns Verlag, München, 1933. Preis kart. RM 1.50.

In dem vorliegenden Büchlein nimmt H o c h e zu Th. Neumann und einer großen Zahl ihrer Vorgängerinnen in kritisch-wissenschaftlicher Weise Stellung. E k s t a t i s c h e Z u s t ä n d e, sagt H., bieten der wissenschaftlichen Betrachtung das wenigste an Fragezeichen, sie sind zu allen Zeiten beobachtet worden und finden sich heute noch auf dem Grenzgebiete von geistiger Gesundheit und Krankheit und im Bereiche der Krankheit. (Ist indes die religiöse Ekstase nicht doch noch ein reichlich geheimnisvolles psychologisches Problem?)

Das Hauptinteresse wird den S t i g m a t i s a t i o n e n und der angeblichen Fähigkeit der Nahrungsentbehrung zugewendet. H o c h e bringt eine Menge von Berichten, welche nachweisen, daß in genau beobachteten Fällen sehr oft die Stigmatisation auf betrügerische Art und Weise, z. B. durch Nagelverletzung hervorgerufen wurde, aber n i c h t i m m e r. Auch bei Th. Neumann ist die Stigmatisation vor den Augen der Sachverständigen einwandfrei beobachtet worden. Er erklärt dieses Phänomen als eine Auswirkung der psychophysischen Einheit bei Individuen mit einer abnormen (hysterischen) Gesamtverfassung des Zentralnervensystems. (Wie weit wird eine solche vereinfachte Deutung der Ekstase und Stigmatisation eines Franziskus von Assisi gerecht?)

H o c h e geht dann zur Betrachtung jener Fälle über, in denen ein D u r c h h a l t e n v o n G e w i c h t u n d L e i s t u n g s f ä h i g k e i t o h n e N a h r u n g s z u f u h r vorzuliegen scheint, und kann an einem großen Tatsachenmaterial nachweisen, daß in keinem wirklich genau geprüften solchen Falle dieses „Wunder" zu Recht bestand, sondern daß ausnahmslos mehr oder weniger raffinierte Betrügereien aufgedeckt werden konnten. Dies wäre bei wissenschaftlicher Kontrolle auch bei der Therese Neumann zu erwarten.

Der Autor bespricht dann die Wundersehnsucht vieler Menschen, welche solchen Täuschungen den Nährboden schafft. Die Wundersehnsucht entspreche dem Kampfe des Menschen gegen die Tragik des Gebundenseins an die Naturgesetze, woraus ein nie versiegendes Bedürfnis nach deren Durchbrechung im Wunder entstehe. Der erste Hauptsatz der Energetik von Rob. Mayer werde also in seiner Geltung auch nicht von Heiligen und „Heiligen" umgestoßen. Willy Bircher (Zürich).

III. Spezielle Psychotherapie

Der Seelenarzt. Handbuch für seelische Beratung. Herausgegeben vom Institut für aktive Psychoanalyse in Wien, unter Leitung von Wilhelm Stekel. Leipzig—Amsterdam—Wien 1933, 400 Seiten. Preis in Gzl. RM 28.—

Stekel und seine Mitarbeiter legen hier ein Werk vor, das sich zugleich an das große Publikum wendet und gemeinverständlich ist — und den Ärzten als orientierender Leitfaden der Neurosenlehre und Psychotherapie dienen soll. Diese zwiefache Zielsetzung stellt eine besonders schwierige Aufgabe dar. Um so erfreulicher ist es, aussprechen zu können, daß sie von den Verfassern — bis auf untergeordnete Einzelheiten — in einem Maße bewältigt worden ist, wie sich dies von keinem der zahlreichen ähnlichen Werke anderer Autoren behaupten läßt. Um zunächst von der ärztlichen Zielsetzung zu sprechen, so drängt sich naturgemäß die Frage auf: gibt ein solches, auch für Laien berechnetes Buch dem Arzte fachlich nicht zu wenig? In den meisten der vorerwähnten Bücher für Laien fand der Arzt doch in der Regel nur entweder breite Gemeinplätze, ihm längst vertraut, oder einseitig überbetonte Dogmen einer „Richtung" in unkritisch verallgemeinerter Form. Hinsichtlich des Stekelschen Werkes nun darf ich sagen: ich als alterfahrener Psychotherapeut habe es mit Spannung und Gewinn gelesen; um wieviel mehr wird dies dem Praktiker widerfahren, der den psychotherapeutischen Dingen ferner steht! Gewiß bleibt — es liegt mir ferne, dies zu verhehlen, und ich trete der Leistung der Verfasser damit nicht zu nahe — für den Fachmann zu den meisten behandelten Fragen und Gebieten im Einzelnen noch allerlei zu sagen; aber es wäre ja schlimm, wenn es anders wäre! Der ärztliche Anregungswert des Buches ist somit ein beträchtlicher und erzieherischer.

Und wie steht es um die Eignung für Laien? Wie — ganz besonders — um die Eignung als Lektüre für die Kranken selber? — Stekel hat eine ganz ungewöhnliche Gabe, aus der Mannigfaltigkeit der psychologischen und psychophysiologischen Materialien alles Einfache, Prägnante herauszulösen und auf kurze, klare Formulierungen zu bringen, die auch dem Laien sofort verstehbar sind. So schafft seine Darstellungskunst sozusagen sichere Leitseile, an die der Unvertraute sich halten kann. Bisweilen ist diese herrliche Gabe der Simplifikation fast zu weitgehend; sie könnte einen gefährlichen Optimismus therapeuticus schaffen — aber dem Kranken kann dieses Timbre der Lektüre nur nützlich sein. Allbekannt ist ferner Stekels Meisterschaft, so zu schreiben, daß er von Jedermann richtig verstanden werden muß. Dabei weiß er diesem Jedermann fühlbar zu machen: Tua res agitur — und so eine enthusiastische Spannung im Leser zu erzeugen. Seine heitere Rechtschaffenheit wird dem Ernst der Leidenszustände voll gerecht und führt den Leser dennoch über dieselben hinweg. Und vor allem: daß er sich lediglich als Arzt ausdrückt, als Praktiker, nicht als Führer oder Apostel eines neuen wissenschaftlichen Weltbildes (wir kennen die Weise, wir kennen den Text!) — daß er sachlich nüchtern vorgeht und dennoch ohne alle Pedanterie: das ist dem kranken Leser besonders Stütze und Halt. Er fühlt, er erlebt, in welchem Maße dies Buch der Erweiterung seines Sich-selbst-Verstehens dient — weist es doch in jedem Satze den Neurotiker auf diese seine wichtige Aufgabe hin! Indem das Werk so den Leser gewillt macht,

aufrichtig und schwungvoll an die eigene Psychotherapie unter Leitung des Arztes heranzugehen, wirbt es in einem schönen und wohltuenden Sinne für unsere Sache.

Der erste Abschnitt, über die Ursachen der Nervosität, von Stekel, ist ein Meisterstück spannender gemeinverständlicher Darstellung. Hier werden, wie es rechtens ist, jene angeblichen und vielmißbrauchten Ursachen, die in der Zivilisationsform, in dem Großstadtleben, in den exogenen Schädigungen des Körpers, in der Erblichkeit liegen sollen, temperamentvoll bei Seite geschoben zugunsten der inner-lebensgeschichtlichen Quellen in der Person — und zwar mit ebenso unanfechtbaren wie auch dem Laien klaren Begründungen. Die Neurose wird als verdrängter Konflikt dargestellt, der zwischen den individuellen Lebensansprüchen und den infantil übernommenen und gewissensmäßig übersteigerten inneren Selbstanforderungen besteht. Die Grundbegriffe und ersten Akkorde der Psychoanalyse klingen an und ziehen sich nun weiter durch das Gesamtwerk hindurch — jener Psychoanalyse, die Stekel in zweckhafter Vereinfachung auf ein Minimum von theoretischen Beständen reduziert und mit seiner praktisch-intuitiven Einstellung auf den Einzelfall verbindet.

Missriegler behandelt die Angst, die Struktur der Phobien und die Hypochondrie. Seine Darstellung ist didaktisch elegant und anregend, wenngleich theoretisch nicht ganz eindeutig (z. B. ist die Abgrenzung von Affekt und Gefühl wissenschaftlich irrig; und den „Todestrieb" hätte man gerne fehlen sehen). Von Missriegler ist auch die Darstellung des Großteils der Organneurosen. Das ist — noch dazu in gemeinverständlicher Sprache — eine außerordentliche Leistung des Verf. geworden. Naturgemäß wäre sachlich und insbesondere pathophysiologisch manches zu erörtern; hier stört die Forderung der Laienverständlichkeit die ärztlich-klinisch gebotene Differenzierung der Spielformen. Missriegler wählt eine fesselnd geschriebene „andeutende" Darstellung, die viele feine psychologische Hinweise enthält — z. B. hinsichtlich der Kopfschmerzen oder cardialen Funktionsstörungen. Daß Migräne analytisch auf nekrophile Tendenzen hinweise, war auch mir neu. Gutheil behandelt in diesem Abschnitt die psychogene Amaurose, das Stottern und die Hautsymptome. Bei letzteren hätte man gerne den schwungvollen psychologischen Optimismus durch eine Auseinandersetzung mit den Einwänden Töröks und seinen pathophysiologischen Erwägungen fundiert gesehen. Auch beim Asthma werden die somatischen Verhältnisse zu leicht genommen; und überhaupt wäre es wünschenswert, wenn gerade die weltoffenen Mitarbeiter Stekels im Einzelnen nicht ganz so enthusiastisch über die gleichgerichteten Forderungen der internen Klinik und ihre Literatur hinweggingen.

Bien — der bereits die Ereuthophobie behandelt hatte, gemäß seinem bekannten Werke — gibt einen Abriß der Perversionen. Gutheil fügt eine Darstellung der sexuellen Funktionsstörungen des Mannes hinzu. In diesen Kapiteln herrscht der aus Stekels großem Parapathie-Werke bekannte Standpunkt, den die Darstellungen kurz und klar dem Leser eröffnen.

Wengraf behandelt die psychologischen Fragen, vor die den Arzt die Ehe und die weibliche Natur stellen. Es fallen kluge, wenngleich nicht ganz neue Bemerkungen über die Stellung des Sexus in dem Seelenleben des Weibes, über die Ursachen unglücklicher Ehen — und vor allem über die Frigidität, ihre biologischen und psychischen Wurzeln. Für dies Kapitel wünscht man sich besonders viele ärztliche Leser! Stekel schließt hieran ein Kapitel über das nervöse Kind, geformt von seiner reichen Erfahrung; und Wengraf beschreibt die Störungen der Entwicklungsjahre — die man doch wohl tieferschürfend und ausführlicher hätte behandeln müssen. Dieser Abschnitt und auch die folgenden leiden in ihrem Gewicht unter einer Kürze der Darstellung, die offenbar nur verlegerisch bedingt und sachlich keineswegs förderlich war. Hoffentlich gleicht sich dieser, nicht den Autoren zur Last liegende, Mangel in der nächsten Auflage aus.

Diese Hoffnung gilt in erster Linie auch für Biens Abschnitt: „Vom kranken Wil-

len". Darin werden recht heterogene Dinge zusammengestellt: die impulsiven Handlungen, die Suchten, die Anfalls-Syndrome (zerfallend in Tics und in die Epilepsien). Auch hier geht der Psychologe, so aphoristisch ihn die Kürze zu formulieren nötigt, allzu leicht hinweg über die Fülle der klinischen Differenzierungen, die Verschiedenartigkeit der somatogenen Faktoren und ihres Zusammenbaues mit psychischen. Auch die klinisch „eigentlichen" Formen der Willensschwäche fallen hier der Kürze zum Opfer — obzwar mit mehr Recht, da sie wohl durchwegs affektiv bedingt sind.

Ist dieser Abschnitt anfechtbar, so ist hingegen Biens anschließende Darstellung des Zwangs und der Zwangsphänomene um so glücklicher gelungen und geradezu ein Höhepunkt des Buches. Hier liegt vielleicht die klarste kurze Zusammenfassung der Stekelschen Lehre von Zwang und Zweifel vor.

Nach einigen kurzen Darlegungen über Schlaf und Traum und die psychotherapeutische Bedeutung der Traumanalyse kommt im Schlußabschnitt Stekel nochmals zu Worte: in der Schilderung der allgemeinen Gesichtspunkte der Psychotherapie. Daß ich persönlich — unbeschadet abweichender Auffassungen und Fundierungen — eine besondere Genugtuung empfinde, wenn Stekel schreibt: „Die Zukunft der Analyse ist die Charakteranalyse" — und: „Die Analyse muß den entscheidenden Fortschritt zur Aktivität machen" — das wird man mir nach meinem fast zwanzigjährigen Kampf für die beiden Wahrheiten nachsehen. Auch seine Verteidigung der Intuition in der Psychotherapie ist in ihrer Echtheit den lähmenden methodologischen Dogmen anderer Richtungen bei weitem vorzuziehen. Andrerseits freilich gibt sich Stekel allzusehr als praktischer Rationalist und Realist, wenn er Erkenntnis und intellektuelle Einsicht ins Ich als den Kernbestand der Neurosenheilung betrachtet, und dahinter die irrationalen Erlebensweisen der Selbstausweitung, Lösung, Distanz, Wandlung zurücktreten läßt. Immerhin, und so vieles unter Psychotherapeuten der grundsätzlichen wie praktischen Diskussion und Vertiefung bedürfte: so ist bei dieser Lektüre das immer erneut Erfreuende Stekels gänzliche Freiheit von Einseitigkeit, seine Offenheit für alle Phänomene, sein intuitives Gefühl für Zusammenhänge und seine Wandlungsbereitschaft zu neuen prägnanten Anpassungen an die Gegebenheiten. So abhängig er sich selber stets vom Werke Freuds weiß, so fern ist er — zum Glück und Gelingen seines Werkes — den Scheuklappen der Schulen. Und das ist auch das Schöne an dem vorliegenden Buche, dem weiteste Kreise der Ärzte und Laien als Leser zu wünschen sind, damit es seinen Segen stifte.

A. Kronfeld (Berlin).

Heun, Eugen: Über das autogene Training. Fortschr. d. Med. Nr. 24/28, 1933.

Verf. gibt eine ausgezeichnete zusammenfassende Darstellung, der von J. H. Schultz ausgearbeiteten Methode des „autogenen Trainings". Entsprechend dem Original wird zunächst die praktische Ausführung des Trainings beschrieben. In der sogenannten „Unterstufe des Trainings" werden bezüglich der Versuchsanordnung nach Schultz folgende Hauptphasen angegeben. 1. Die Haltung, 2. Der Augenschluß, 3. Die Ruhetönung, 4. Der Schwereversuch, 5. Der Wärmeversuch, 6. Vervollständigung des durchschnittlichen Übungsverlaufes: a) Herzruhigstellung, b) Atmung, c) Abdomen, d) Stirnkühlung. Der Trainierende beherrscht die Technik der Unterstufe dann völlig, wenn er in der Lage ist, „durch einen kürzesten Akt innerer Konzentration schlagartig die spezifische Umschaltung zu vollziehen, so daß der Körper als schwere, warme, ruhende Masse, von gleichmäßigem Pulse und ruhig fließender Atmung erfüllt, von dem kühl abkonzentrierten Kopf gewissermaßen getrennt erlebt wird".

In der Oberstufe wird der Patient zunächst auf Farberlebnisse hin trainiert, um auf diese Weise die spezifische Symbolbedeutung der Farbe, die sogenannte „Eigenfarbe" des Patienten ausfindig zu machen. Dieses Farberlebnis wirkt auf den „Verkrampften" und Intellektuellen besonders entspannend. Weiterhin wird das

„Eigengefühl" zum Erleben gebracht, um schließlich mit „fragender Einstellung eine Antwort aus dem Unbewußten zu erlangen". Den Übungen der Oberstufe hat oft besonders bei tiefer gelagerten Neurosen, also bei Kernneurosen, im Sinne von J. H. Schultz eine psychoanalytische Prüfung vorauszugehen. Schultz selbst weist darauf hin, daß seine Methode mehr bei den oberflächlicheren Randneurosen Bedeutung hat. Jedoch konnte sich Referent überzeugen, daß bei einem verkrampften Zwangsneurotiker durch das autogene Training eine so weitgehende Lockerung und Lösung seiner gesamten Lebenshaltungen erfolgte, daß nach einer kurzen, zirka 3 Wochen dauernden Analyse mehr im Sinne einer vertieften Psychanamnese das autogene Training den Patienten in einem recht bedeutungsvollen Maße arbeitsfähig machte. Als besondere Indikation wird genannt: Organfunktionsstörungen, Gewöhnungsschädigungen, Schlafstörungen und „solche Fälle, bei denen vertiefte Selbstruhigstellung Aussicht auf guten Erfolg bietet". In diesem Zuammenhang wird besonders auf die psychohygienische Bedeutung der Methode hingewiesen.

Auf die Theorie und Kritik des autogenen Trainings im Rahmen eines so kurzen Referates einzugehen, ist nicht möglich. Nur so viel sei bemerkt, daß u. a. Verf. besonders den Hinweis von Schultz betont, daß der Tiefenpsychologie eine Tiefenlokalisation zuwachse. Die zentrale innere Gesamthaltung beim Training, „die Zuwendung", erscheint Schultz als „Gesamtvollzug des Gehirns". Die physiologische Basierung der Phänomene des autogenen Trainings denkt sich nach Ansicht des Verf. J. H. Schultz zu naturwissenschaftlich. Verf. meint, daß naturwissenschaftlich faßbar zwar die objektiven Auswirkungen der Entspannung, nicht aber diese selbst seien. Des Genaueren sei auf die theoretischen Auseinandersetzungen in der Originalarbeit hingewiesen.

Im Ganzen kommt jedoch auch Verf. zu dem Schlusse, daß für eine große Menge von beherrschbaren seelisch ausgelösten Funktionsstörungen das autogene Training eine ausgezeichnete Methode sei. Walter Schindler (Berlin).

Alkan, Leopold: Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache. Hippokrates Verlag, Stuttgart und Leipzig.

Das wichtige Leib-Seele-Problem wird von Alkan auf das gründlichste auf Grund reicher Kenntnis der Literatur bearbeitet. Freilich — das berühmte Wort von Dubois-Raymond: „Ignorabimus" gilt gerade für dieses bisher ungelöste Problem. Alkan zeigt, daß man doch an einzelnen Stellen das große Geheimnis enträtseln kann; er lüftet stellenweise den Vorhang, der diese Wechselwirkungen verdeckt. In dieser Hinsicht ein lehrreiches und lesenswertes Buch. Er kennt auch die heilende Wirkung der Psychoanalyse. Was ihm fehlt, ist die Beleuchtung der einzelnen Fragen durch instruktive Beispiele. Unverständlich bleibt mir z. B., daß er beim Diabetes, obwohl er die Veränderungen der Langerhansschen Inseln nicht als Ursache, sondern vielmehr als organische Folge psychischer Vorgänge ansieht, doch statt der Psychotherapie die alte Opiumtherapie empfiehlt. Er sagt: „So große Fortschritte auch die Entlastungstherapie durch Diät und die Substitutionstherapie durch Insulin gebracht haben, so darf doch die therapeutische Beeinflussung von Seiten der Psyche nie vernachlässigt werden, weder die Beruhigung des erregten und verängstigten Kranken, noch die prophylaktische Verhütung alles dessen, was neue Beunruhigung bringen könnte. Zu dieser seelischen Beinflussung der Krankheit gehört sicherlich auch das beim Diabetes unbestritten heilsame, in mittleren Dosen lange Zeit ohne Nebenwirkungen vertragene Opium; denn es ist dasselbe Mittel, das auch bei erregten Manialkalischen seelisch beruhigend wirkt."

Das ist eben die Frage! Wirken narkotische Mittel seelisch? Oder wirken sie nur organisch durch Herabsetzung der Reizschwelle? Kann man die Opiumtherapie eine seelische Therapie nennen? Ich würde es immer vorziehen, darauf zu verzichten und die reichen Hilfsmittel der Psychotherapie anzuwenden. W. Stekel.

Fahrenkamp, Karl: Die psycho-physischen Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen. Hippokrates-Bücher für Ärzte, I. Bd. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, Preis brosch. RM 4.95, Gzl. RM 7.20.

Verf. legte von seinen Kranken fortlaufende Blutdruckkurven an, die durch mehrmals im Tage erfolgende Messung des systolischen und diastolischen Blutdrucks gewonnen wurden. Aus dem Material von 800 derartigen Kurven glaubt er, Schlüsse auf die Natur der zugrundeliegenden Krankheit im Sinne einer Differentialdiagnose von hypertonischer Arteriosklerose mit vorwiegend zerebralen und kardialen Erscheinungen, genuiner Hypertonie, benigner und maligner Nephrosklerose ziehen zu können. Der arteriell erhöhte Blutdruck hat eine Neigung zu größeren Tagesschwankungen. Diese Kurven bieten auch eine Handhabe, um den großen Einfluß psychischer Faktoren auf alle Arten von Hyptertonie und die Wirkung psychischer Maßnahmen genau zu beurteilen. Die seelische Behandlung dieser Kranken kann allerdings bei dem meist vorgeschrittenen Lebensalter nur eine „beruhigende und allgemein ärztliche" sein, eine tiefergehende psychische Behandlung, zum Beispiel das Aufdecken von Komplexen, würde nur Schaden stiften. Durch diese Kurve könne man den meisten Kranken vor Augen führen, in wie hohem Maße sie durch eine vernünftige Lebensführung ihr Wohlbefinden selber in der Hand haben. Diese Erkenntnis sei wichtiger als das psychische Trauma, das durch die Messung des Blutdrucks zugefügt wird. Es ist schwer auseinanderzuhalten, ob die am Kreislauf mit dem Blutdruckapparat festgestellten Veränderungen den seelischen über-, bei- oder untergeordnet sind. H. Zweig (Brünn).

Fahrenkamp, Karl: Der Herzkranke. Hippokrates Verlag, Stuttgart und Leipzig.

„Das Buch soll nur eine Ergänzung der Lehrbücher und eine Art von Kommentar bilden". So meint der Verfasser in allzu bescheidener Weise. Ich wüßte für den Psychotherapeuten und Praktiker kein Buch, das bei Herzkranken für die Frage „seelisch oder organisch?" wichtiger wäre. An einem reichen Material werden uns verschiedene Beispiele von Herzkrankheiten vorgeführt und die Differentialdiagnose mit genauer Präzision gestellt. Schon die vorgebrachte Statistik ist sehr lehrreich. „Der psychische Anteil ist zwischen 30 und 48 sicher größer als zwischen 45 und 60". „Einschneidend und wichtig für die Diagnostik ist die Tatsache, daß 70 Kranke mit Mitralstenose zwischen dem 15. und 47. Lebensjahr beobachtet wurden, mit einer besonderen Häufigkeit zwischen dem 25. und 42. Lebensjahr. Bedenkt man, daß diese Krankheit häufig als Hysterie imponiert, vorwiegend junge Mädchen und Frauen betrifft und daß diese Kranken in den Lebensaltern mit den ‚Herzneurotikern' zusammenfallen, so ist die Gefahr einer Fehldiagnose verständlich." „50 Kranke mit Angina pectoris zeigen etwa vom 40. bis 50. Lebensjahr einen stärkeren Einfluß von der seelischen Seite als jenseits dieses Lebensalters."

Fahrenkamp umschreibt den Begriff der Herzneurose und weist darauf hin, daß oft die Diagnose Herzneurose gestellt wurde, während er von der körperlichen Seite einen Befund erheben konnte. Diese Behauptung wird durch eine Reihe von instruktiven Beispielen gestützt. Er betont, daß, was dem Körper nutzen mag, unter Umständen der Seele sehr schaden kann. Er warnt vor strengen Wasserkuren, vor übermäßig betriebenen „Rohkostkuren", verbietet dem sehr schweren Kranken weder die Zigarre noch sein gewohntes Glas Wein. Er bemerkt: „Beim Verbieten kleiner Lebensgenüsse bei unseren Kranken verbieten wir vieles aus unserer eigenen Angst, die uns vielleicht im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit auf dem Boden unserer eigenen Charakterveranlagung zum mehr oder weniger strengen Vater gemacht hat. Da aber auf viele Kranke aus ihrer infantilen Erlebniskette heraus eine ungünstige Wiederholungssituation im Verhältnis Vater—Kind in seelischer Beziehung ungünstiger wirkt als eine freudvolle Wiederholung dieses Verhältnisses, so dürften sich hier unbewußte seelische Reaktionen zwischen Arzt und Patienten abspielen, die für

das Wohlbefinden und auch den Körperbefund des Kranken nicht gleichgültig sind."

Auch die jetzt so moderne „Hoher Blutdruck-Neurose" findet eine entsprechende Beleuchtung. Die Angst um den hohen Blutdruck ist gefährlicher als der Blutdruck. Die Blutdruckangst weicht der psychotherapeutischen Beeinflussung. Fahrenkamp bemerkt: „Nach meinen Erfahrungen an weit über 1000 Kranken mit arterieller Blutdrucksteigerung fällt mir immer wieder auf, wie symptomenarm im klinischen Bild Hypertoniekranke sein können. Wenn man sie nach einigen Tagen bei körperlicher und seelischer Entspannung in der Klinik untersucht, ist selbst vom erhöhten Blutdruck oft kaum mehr etwas zu finden."

Viel pessimistischer ist der Autor bei der Diagnose der Angina pectoris, wenn der Patient jenseits des 50. Lebensjahres steht. Verf. stellt nie mehr die Diagnose einer Angina falsa. Trotzdem sei das Leiden nicht hoffnungslos. Er sah Kranke, bei denen nach vielen hunderten Anfällen die Krankheit spurlos verschwunden ist. Sollte es sich nicht in diesen Fällen um die Beseitigung eines psychischen Überbaus gehandelt haben? Sehr charakteristisch sei das Verhalten der Kranken außerhalb des Anfalles. „Während sie in und kurz nach dem Anfall alle ärztlichen Vorschläge bereitwilligst annehmen, verhalten sie sich hinterher wie die Kinder, die ja auch gleich vergessen, wenn sie einen Schmerz erlitten." Er sieht zwei Krankheitsformen: Die einen erleiden die Anfälle nach Bewegung oder körperlichen Anstrengungen, die anderen werden in der Ruhe oder im Schlafe von den Anfällen überrascht. Bei den ersteren Fällen kann die Behandlung einer Insufficientia cordis (Digitalis!) die Anfälle ganz verschwinden lassen, bei der zweiten Gruppe sind Herzmittel kontraindiziert. „Bei allen Kranken dieser Art können neben körperlichen Ursachen vor allem seelische Erregungen Anfälle auslösen". (Meiner Erfahrung nach treten die Anfälle im Schlafe nach einem Angsttraum auf, der sehr affektreich verläuft, was wieder auf tiefere seelische Ursachen hinweist.) Anfälle, die um eine bestimmte Stunde auftreten (z. B. punkt 9 Uhr abends), weisen auf eine psychische Fixierung hin. Auch sonst finden sich feine psychologische Beobachtungen: Ein 60jähriger Mann erlitt vor dem Bahnhofsgebäude, das er passieren mußte, immer einen schweren, echten Anginaanfall. Der Rat, das Gebäude zu umgehen, brachte den morgendlichen Anfall zum Schwinden. Die tieferen seelischen Zusammenhänge konnten nicht gefunden werden. — In jedem Fall von Angina pectoris ist die Tragik der Diagnose abzudecken, der Kranke in einer hoffnungsfrohen und sicheren Haltung zu verabschieden, dagegen ist ein Mitglied der Familie auf den Ernst der Lage aufmerksam zu machen. — Zur Frage der Psychotherapie der Herzneurosen nimmt der Verfasser eine Stellung ein, die einigermaßen an die Ausführungen von v. Bergmann erinnert. Eine rein seelische Behandlung käme nicht in Frage, da die Herzneurosen doch in vielen Fällen von konstitutionellen oder endokrinen Momenten ausgelöst werden.

Wenn ich auch mit Fahrenkamp in diesem Punkte nicht übereinstimme, so möchte ich doch in jedem Falle von „Herzneurose" eine genaue klinische Untersuchung und Beobachtung befürworten. Schon dieser Umstand spricht gegen den immer noch bestehenden Unfug der Laienpsychotherapie. Der Autor betont mit Recht, daß Herzneurotiker manchmal an einem „Übertragungssturm" leiden. Der gewiegte Psychotherapeut wird diese Übertragung weise therapeutisch ausnützen und entsprechend abbauen. Der Laie wird sich zum „Wunderdoktor" erheben lassen, nachdem er die Übertragung ins Unendliche gesteigert hat.

Ich konnte nur Andeutungen aus dem reichen Inhalt des Buches geben. Jeder Praktiker und jeder Psychotherapeut wird es mit Nutzen lesen und dem Autor für die reiche Belehrung dankbar sein. W. Stekel.

Bunnemann, O.: Tiefenpsychologische Analyse eines Falles von Hautkrankheit. Dermatol. Woch. Bd. 94, H. 1, S. 8—11, 1932.

Bericht über einen Fall von Gesichtsakne bei einem 22jährigen Studenten. Die seit 2½ Jahren bestehende Erkrankung, die allen bisherigen medikamentösen und Be-

strahlungskuren widerstanden hatte, wurde durch tiefenpsychologische Analyse geheilt. Der Hauptkonflikt des sexuell völlig abstinenten Patienten lag einerseits in dem Bestreben, sich der Autorität des überaus sittenstrengen Vaters unterzuordnen und anderseits in dem natürlichen Drang, sich vom Zwange dieser Autorität zu befreien und sich auszuleben. Die Akne diente wie so oft (durch Entstellung) der Sicherung der moralischen Tendenzen.

Unter tiefenpsychologischer Analyse versteht B. ein Verfahren, bei dem Hypnose, vertiefte Anamnese und Traumdeutung zur Anwendung kommen.

E. Lekisch (Wien).

Maier, Hans W.: Psychiatrische Erfahrungen über Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung. D. Med. Woch. 47, S. 1827, 1932.

M. päzisiert die Indikationen für beide Eingriffe, wobei er rassenhygienische, gesundheitliche, unter gewissen Einschränkungen auch soziale Momente für die Schwangerschaftsunterbrechung ausführlich begründet. In der Frage der Dauersterilisierung krimineller, sexuell abnormer Männer wird die Kastration erst dann empfohlen, wenn „bereits alle Arten der Behandlung (Psychotherapie, Medikamente, Anstaltsinternierung, eventuell auch Bestrafung)" vergeblich versucht wurden. Die Vasoligatur dagegen ist bei geistig Defekten indiziert; hier fällen vor allem eugenische Momente die Entscheidung. Die gesetzliche Einführung der zwangsweisen Sterilisierung wird aus ethischen und praktischen Gründen abgelehnt. F. Wengraf (Wien).

Mitteilung der Schriftleitung

Wir bitten unsere Leser, sich in allen problematischen und allgemein interessanten Fragen der Alltagspraxis (technisches Vorgehen bei schweren Fällen, komplizierte Träume, Ursachen von Mißerfolgen, Honorarwesen, Krankenkassenbehandlung, Standesfragen, Kurpfuscherei etc.) an uns zu wenden. Wir werden die Fragen (auf Wunsch auch ohne Nennung des Fragenden) regelmäßig, mit dem zweiten Heft beginnend, im

PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BRIEFKASTEN

von namhaften Vertretern verschiedener psychotherapeutischer Richtungen beantworten lassen.

In den nächsten Heften der „Psychotherapeutischen Praxis" werden u. a. erscheinen:

Dr. W. Bircher (Zürich): Nervenzusammenbruch
Dr. P. Bjerre (Stockholm): Zur Impotenzfrage
San.-Rat Dr. G. Flatau (Berlin): Experimentelle Hypnose
Dr. A. Gallinek (Amsterdam): Eisenbahn und Sexualität
Dr. M. Gerson (Wien): Psychische Wirkung der diätetischen Behandlung
Doz. Dr. R. Hofstätter: Verhalten des Arztes bei eingebildeter Schwangerschaft
Dr. E. Jolowicz (Leipzig): Psychotherapie des Asthma bronchiale
San.-Rat Dr. O. Juliusburger (Berlin): Kurzer Beitrag zur Neurosenlehre
Doz. Dr. O. Kauders (Wien): Der Todesgedanke in der Neurose
Univ.-Prof. Dr. A. Kronfeld (Berlin): Kann man an einer Neurose sterben?
Univ.-Prof. Dr. J. Kollarits (Davos): Die psychische Führung der Tuberkulösen
Dr. W. Stekel (Wien): Die Bedeutung der Gegenübertragung
Doz. Dr. F. G. Stockert (Halle a. d. S.): Die Schlafmittelhypnose

Außerdem haben ihre Mitarbeit zugesagt:

Dr. M. Bircher-Benner (Zürich), Priv.-Doz. Dr. O. Forel (Prangins), Dr. P. Gartner (Budapest), Dr. B. Hahn (Bad-Baden), Doz. Dr. H. Kogerer (Wien), Dr. Schultz-Hencke (Berlin) u. a.

Herausgeber: Dr. Wilhelm Stekel, Wien, VIII., Langegasse 65 / Eigentümer und Verleger: Verlag der Psychotherapeutischen Praxis, Wien, IX., Spitalgasse 13 / Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Ernst Bien, Wien, IX., Spitalgasse 17 / Druck von Holzwarth & Berger, Wien, IX., Kolingasse 19.